

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCM): KHÔNG-AB 133¹ (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)
-----	---------	----	-----------	--

Mẫu Đơn “ASCM: Không-AB 133” (Non-AB 133) có thể được sử dụng để cho phép chia sẻ dữ liệu cho những cá nhân cư trú tại California không đáp ứng các tiêu chí để sử dụng Mẫu Đơn ASCM: AB 133. Điều này bao gồm tất cả các cá nhân:

1. Không ghi danh vào chương trình sức khỏe có quản lý của Medi-Cal.
2. Không nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi theo Medi-Cal.
3. Không liên quan đến hệ thống pháp luật hình sự đủ điều kiện nhận quyền lợi Medi-Cal trước khi được trả tự do.

_____ muốn giúp phối hợp các dịch vụ y tế và xã hội của quý vị để quý vị có thể sống một cuộc sống khỏe mạnh hơn. Đối Tác Chăm Sóc của quý vị có thể yêu cầu quý vị ký vào Mẫu Đơn khi họ cần sự đồng ý của quý vị để chia sẻ thông tin của quý vị với những người hoặc tổ chức khác mà quý vị đang nhận dịch vụ hoặc chăm sóc. Mẫu Đơn này không nhằm mục đích cho phép tiết lộ thông tin của quý vị khi không cần thiết để phối hợp việc chăm sóc quý vị. Vui lòng xem bên dưới để biết thêm chi tiết về mục đích chia sẻ thông tin và ai có thể chia sẻ và nhận thông tin của quý vị.

Mẫu Đơn ASCM này sẽ:

- » Giải thích thông tin nào về quý vị có thể được chia sẻ để giúp phối hợp việc chăm sóc quý vị.
- » Giải thích cách thông tin của quý vị có thể được chia sẻ và sử dụng.
- » Xin phép quý vị để chia sẻ một số loại thông tin nhất định. Các loại thông tin được liệt kê trong Mục 1.3 của Mẫu Đơn ASCM.

¹AB 133 đề cập đến Dự Luật Hạ Viện 133 California.

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCFI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên Tên Đệm Họ Ngày Sinh Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)

Thông Tin Khách Hàng

Tên Khách Hàng: _____ Ngày Sinh (tháng/ngày/năm): _____

Địa Chỉ Gửi Thư, Thành Phố/Tiểu Bang, Mã Bưu Chính (ZIP)²: _____

Địa Chỉ Cư Trú, Thành Phố/Tiểu Bang, Mã Bưu Chính (ZIP) (không bắt buộc): _____

Số Điện Thoại (không bắt buộc): _____ Địa Chỉ Email (không bắt buộc): _____

Quý vị có cho phép Đối Tác Chăm Sóc liên lạc với quý vị qua tin nhắn hoặc cuộc gọi điện thoại không? Đối Tác Chăm Sóc của quý vị có thể liên hệ với quý vị để thảo luận về các lựa chọn đồng ý của quý vị và để cho quý vị biết liệu sự đồng ý của quý vị đã hết hạn hay chưa.³ Vui lòng đánh dấu vào ô với lựa chọn của quý vị bên dưới:

Có (Phải cung cấp số điện thoại ở trên)

Tin nhắn và cuộc gọi điện thoại

Chỉ tin nhắn

Chỉ cuộc gọi điện thoại

Không

Thông tin Đối Tác Chăm Sóc

Phần này phải được hoàn thành bởi Đối Tác Chăm Sóc để nhận được sự đồng ý từ Khách Hàng nêu trên để công khai thông tin của họ.

Tên Đối Tác Chăm Sóc: _____

Tên Tổ Chức: _____

Mã Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia (NPI) (nếu có): _____

Mã Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế (TIN): _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax (không bắt buộc): _____

Địa Chỉ Gửi Thư, Thành Phố/Tiểu Bang, Mã Bưu Chính (ZIP): _____

²Đây có thể là bất kỳ địa chỉ nào mà quý vị có thể nhận thư, bao gồm địa chỉ của bạn bè, nơi trú ẩn hoặc thành viên gia đình.

³Điều này có thể khiến điện thoại di động của quý vị bị tính phí.

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCFI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)
-----	---------	----	-----------	--

Mục 1: Tổng Quan Về Việc Chia Sẻ Thông Tin Cá Nhân Của Quý Vị

1.1 Mục Đích Chia Sẻ Thông Tin

Thông tin cá nhân của quý vị được liệt kê trong Mục 1.3 bên dưới có thể được chia sẻ vì nhiều lý do, bao gồm:

- » Điều phối việc chăm sóc của quý vị. Ví dụ, giúp quý vị đặt lịch hẹn, giúp quý vị yêu cầu hỗ trợ nhà ở hoặc giúp quý vị tìm chuyên gia trị liệu.
- » Cung cấp cho quý vị dịch vụ và điều trị về y tế, nha khoa, sức khỏe tinh thần và rối loạn sử dụng chất.
- » Nhận thanh toán từ công ty bảo hiểm cho việc điều trị và các dịch vụ được cung cấp cho quý vị.
- » Kết nối quý vị với các chương trình, dịch vụ và nguồn lực có thể giúp cải thiện sức khỏe và hạnh phúc của quý vị.
- » Thu thập thông tin để _____ có thể giúp cải thiện dịch vụ chăm sóc mà quý vị đang nhận được.

1.2 Ai Có Thể Chia Sẻ Và Nhận Thông Tin Của Quý Vị

Đối Tác Chăm Sóc có thể chia sẻ thông tin của quý vị. Đối Tác Chăm Sóc là những nhà cung cấp và tổ chức mà quý vị đã từng gặp trước đây, đang gặp hiện tại hoặc có thể gặp trong tương lai. Những Đối Tác Chăm Sóc này có thể bao gồm:

- » Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính và các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tinh thần.
- » Các nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất, chẳng hạn như chương trình điều trị opioid và chương trình điều trị nội trú.
- » Các tổ chức cộng đồng và nhà cung cấp dịch vụ cho người vô gia cư.
- » Các chương trình bảo hiểm sức khỏe, bao gồm các chương trình chăm sóc sức khỏe có quản lý của Medi-Cal và các chương trình sức khỏe hành vi.
- » Cơ quan y tế và dịch vụ nhân sinh của Quận.

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCFI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)
-----	---------	----	-----------	--

- » Các tổ chức thông tin sức khỏe đủ tiêu chuẩn.
- » Các cơ quan y tế và dịch vụ nhân sinh của Tiểu Bang.

1.3 Các Loại Thông Tin

Những loại thông tin nào cần có sự đồng ý của quý vị để chia sẻ?

Có một số loại thông tin mà quý vị có thể chọn chia sẻ hoặc không chia sẻ:

- » Thông tin về rối loạn sử dụng chất được bảo vệ bởi 42 C.F.R. Phần 2.
- » Một số thông tin về sức khỏe tinh thần.
- » Thông tin khuyết tật trí tuệ và khuyết tật về phát triển.
- » Kết quả xét nghiệm HIV.
- » Kết quả xét nghiệm di truyền.
- » Thông tin nhà ở, bao gồm tình trạng nhà ở, lịch sử và hỗ trợ của quý vị.

Quý vị có thể tìm thấy thông tin chi tiết hơn về từng loại thông tin được liệt kê ở trên tại Mục 2.1 của Mẫu Đơn này. Quý vị có thể lựa chọn đồng ý hoặc không đồng ý chia sẻ những loại thông tin này. Khi quý vị đồng ý, điều đó có nghĩa là quý vị cho phép chia sẻ thông tin này.

Một số Đối Tác Chăm Sóc của quý vị có thể sử dụng và chia sẻ một số thông tin về dịch vụ y tế và xã hội của quý vị mà không cần sự đồng ý của quý vị để:

- » Điều trị cho quý vị.
- » Nhận thanh toán cho các dịch vụ.
- » Điều hành tổ chức của họ và phối hợp chăm sóc quý vị.

Những loại thông tin nào có thể được chia sẻ mà không cần sự đồng ý của quý vị?

- » Thông tin y tế và sức khỏe tinh thần (xem các ngoại lệ bên dưới).
- » Thông tin về rối loạn sử dụng chất không được bảo vệ bởi luật liên bang 42 C.F.R. Phần 2.

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCOMI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)
-----	---------	----	-----------	--

» Thông tin bảo hiểm sức khỏe.

Mục 2: Yêu Cầu Sự Cho Phép Của Quý Vị

2.1 Sự Cho Phép Đặc Biệt

Có sáu sự cho phép đặc biệt được yêu cầu từ quý vị:

1. Thông Tin Về Rối Loạn Sử Dụng Chất
2. Thông Tin Cá Nhân Liên Quan Đến Nhà Ở
3. Thông Tin Về Sức Khỏe Tinh Thần
4. Thông Tin Khuyết Tật Trí Tuệ và Khuyết Tật Về Phát Triển
5. Kết Quả Xét Nghiệm HIV
6. Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền

Chọn “Có” hoặc “Không / Không áp dụng cho tôi” cho mỗi sự cho phép đặc biệt

Chọn “Có” hoặc “Không / Không áp dụng cho tôi” là lựa chọn của quý vị. Ngay cả khi quý vị chọn “Không” trên Mẫu Đơn, điều đó cũng sẽ không thay đổi quyền lợi của quý vị hoặc khả năng nhận dịch vụ hoặc chăm sóc sức khỏe.

- » Nếu quý vị chọn **“Không / Không áp dụng cho tôi”** trên Mẫu Đơn, Đối Tác Chăm Sóc của quý vị sẽ không chia sẻ thông tin mà quý vị đã chọn “Không” hoặc “Không áp dụng cho tôi”.
 - Nếu quý vị chọn không ký vào Mẫu Đơn, Đối Tác Chăm Sóc của quý vị sẽ không chia sẻ thông tin được mô tả trong phần này.
- » Nếu quý vị chọn **“Có”** trên Mẫu đơn, Đối Tác Chăm Sóc của quý vị có thể chia sẻ thông tin quan trọng về quý vị để giúp họ phối hợp việc chăm sóc quý vị. Việc này cũng sẽ giúp Đối Tác Chăm Sóc dễ dàng kết nối quý vị với các dịch vụ khác hơn.

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCOMI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên Tên Đệm Họ Ngày Sinh Số Danh Mục Khách
Hàng Medi-Cal (nếu có)

1. Thông Tin Về Rối Loạn Sử Dụng Chất

- » Một số thông tin về việc sử dụng chất được bảo vệ bởi luật liên bang 42 C.F.R. Phần 2, thường được gọi là “Phần 2”. Đối Tác Chăm Sóc điều trị chứng rối loạn sử dụng chất của quý vị có thể cho quý vị biết liệu thông tin về chứng rối loạn sử dụng chất của quý vị có được bảo vệ theo 42 C.F.R. Phần 2 hay không.
- » Quý vị có thể cho phép chia sẻ thông tin chẩn đoán hoặc điều trị sử dụng chất gây nghiện Phần 2 để các nhà cung cấp có thể điều trị cho quý vị, nhận thanh toán cho các dịch vụ, vận hành tổ chức của họ và phối hợp chăm sóc cho quý vị.
- » Khi quý vị cho phép chia sẻ thông tin về việc sử dụng chất Phần 2 của mình với Medi-Cal, chương trình sức khỏe của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, họ được phép chia sẻ thông tin đó với các Đối Tác Chăm Sóc khác cho cùng mục đích được nêu trong dấu đầu dòng ở trên. Họ cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị mà không cần sự đồng ý của quý vị cho các mục đích khác được pháp luật liên bang và tiểu bang cho phép. Họ không thể chia sẻ thông tin này cho các thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính và lập pháp chống lại quý vị.
- » Sau khi thông tin về việc sử dụng chất Phần 2 của quý vị được sử dụng hoặc chia sẻ, thông tin đó có thể không còn được Phần 2 bảo vệ hoặc được bảo vệ theo cùng một cách như trước khi thông tin đó được sử dụng hoặc chia sẻ. Thay vào đó, thông tin về việc sử dụng chất Phần 2 của quý vị có thể được bảo vệ bởi các luật khác bảo vệ thông tin sức khỏe của quý vị.
- » Quý vị có thể nhận danh sách các Đối Tác Chăm Sóc mà nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất Phần 2 của quý vị đã chia sẻ thông tin của quý vị bằng cách liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất của quý vị.

Sự Đồng Ý Của Quý Vị: Tôi cho phép các nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất của tôi chia sẻ thông tin về rối loạn sử dụng chất trong quá khứ, hiện tại và tương lai của tôi, bao gồm thông tin được bảo vệ theo Phần 2.

Có Không / Không áp dụng cho tôi

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCOMI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)
-----	---------	----	-----------	--

2. Thông Tin Cá Nhân Liên Quan Đến Nhà Ở

Nếu quý vị cần dịch vụ nhà ở, quý vị có thể nhận được sự trợ giúp thông qua Coordinated Entry. Coordinated Entry là tổ chức địa phương giúp điều phối các dịch vụ nhà ở cho những người có nhu cầu. Các tổ chức này có thể cần sự cho phép của quý vị để chia sẻ thông tin liên quan đến nhà ở của quý vị với Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư và Các Đối Tác Chăm Sóc khác, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các hệ thống này được các tổ chức nhà ở sử dụng để cung cấp và phối hợp các dịch vụ nhà ở và hỗ trợ nhà ở.

Sự Đồng Ý Của Quý Vị: Tôi cho phép nhà cung cấp nhà ở địa phương của tôi chia sẻ thông tin cá nhân về tôi liên quan đến nhà ở, bao gồm tình trạng nhà ở, lịch sử và hỗ trợ của tôi với Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư và Các Đối Tác Chăm Sóc khác, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.

☐ Có ☐ Không / Không áp dụng cho tôi

3. Thông Tin Về Sức Khỏe Tinh Thần

Cần có sự đồng ý của quý vị để chia sẻ một số thông tin về sức khỏe tinh thần của quý vị. Bao gồm thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần mà quý vị có thể nhận được từ các nhà cung cấp trong cộng đồng của mình, chẳng hạn như hồ sơ điều trị, chi tiết toa thuốc hoặc đánh giá. Điều này cũng có thể bao gồm thông tin về sức khỏe tinh thần nếu quý vị được chăm sóc tại bệnh viện hoặc cơ sở tinh thần của tiểu bang hoặc quận, hoặc khi quý vị đang ở trong trại giam.

Sự Đồng Ý Của Quý Vị: Tôi cho phép Đối Tác Chăm Sóc của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe tinh thần của tôi.

☐ Có ☐ Không / Không áp dụng cho tôi

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCOMI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên Tên Đệm Họ Ngày Sinh Số Danh Mục Khách
Hàng Medi-Cal (nếu có)

4. Thông Tin Khuyết Tật Trí Tuệ và Khuyết Tật Về Phát Triển

- » Cần có sự đồng ý của quý vị để chia sẻ một số thông tin liên quan đến khuyết tật trí tuệ và phát triển của quý vị. Đây là những tình trạng ảnh hưởng đến cách thức hoạt động của não bộ và cơ thể con người. Chúng thường bắt đầu trước tuổi 22 và kéo dài suốt cuộc đời. Khuyết tật trí tuệ có thể khiến việc học tập, giải quyết vấn đề và các công việc hàng ngày trở nên khó khăn hơn. Khuyết tật phát triển là một nhóm rộng hơn có thể ảnh hưởng đến khả năng thể chất, tư duy, ngôn ngữ và hành vi. Ví dụ về khuyết tật về trí tuệ và phát triển bao gồm chứng tự kỷ, hội chứng Down, bại não và động kinh.
- » Những người khuyết tật này đôi khi cần được hỗ trợ nhiều hơn trong cuộc sống, nhưng điều đó không làm thay đổi giá trị, kỹ năng hoặc đóng góp của họ cho cộng đồng. Mỗi người đều độc đáo và có những kỹ năng và nhu cầu khác nhau. Việc chia sẻ thông tin về khuyết tật trí tuệ và khuyết tật về phát triển của quý vị giữa các cơ quan khác nhau có thể giúp mọi người hỗ trợ quý vị biết rõ hơn về cách giúp đỡ quý vị.

Sự Đồng Ý Của Quý Vị: Tôi cho phép Đối Tác Chăm Sóc của tôi chia sẻ thông tin về khuyết tật trí tuệ và khuyết tật về phát triển của tôi.

Có Không / Không áp dụng cho tôi

5. Kết Quả Xét Nghiệm HIV

Quý vị cần phải đồng ý để chia sẻ bất kỳ kết quả xét nghiệm HIV nào mà quý vị nhận được với Đối Tác Chăm Sóc khác không trực tiếp cung cấp dịch vụ chăm sóc liên quan đến HIV cho quý vị.

Sự Đồng Ý Của Quý Vị: Tôi cho phép Đối Tác Chăm Sóc của tôi chia sẻ kết quả xét nghiệm HIV của tôi.

Có Không / Không áp dụng cho tôi

6. Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền

Quý vị cần phải đồng ý để chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, bao gồm cả Medi-Cal, chia sẻ kết quả của bất kỳ xét nghiệm di truyền nào mà quý vị đã nhận được. Kết quả xét nghiệm di truyền là xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được sử dụng để xác định một số bệnh di truyền hoặc tình trạng sức khỏe mà quý vị có thể mắc phải.

Sự Đồng Ý Của Quý Vị: Tôi cho phép Đối Tác Chăm Sóc của tôi chia sẻ kết quả xét nghiệm di truyền của tôi.

Có Không / Không áp dụng cho tôi

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCOMI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	Số Danh Mục Khách Hàng Medi-Cal (nếu có)
-----	---------	----	-----------	--

2.2 Quyền Của Quý Vị

Quyền của quý vị là gì?

Quý vị có quyền:

- » Ký vào Mẫu Đơn này.
- » Không ký vào Mẫu Đơn này.
- » Nhận một bản sao của Mẫu Đơn này.
- » Thay đổi quyết định và thu hồi sự cho phép của quý vị.

Nếu quý vị ký vào Mẫu Đơn này, quý vị có thể thay đổi quyết định sau này không?

Có, quý vị có quyền thay đổi quyết định chia sẻ thông tin của mình và quý vị có thể thay đổi hoặc thu hồi sự đồng ý này bất cứ lúc nào. Để thay đổi hoặc thu hồi sự đồng ý của quý vị, hãy trao đổi với Đối Tác Chăm Sóc của quý vị. Quý vị có thể hoàn thành Mẫu ASCMI mới với những thay đổi quý vị muốn thực hiện.

- » Bất kỳ thay đổi nào quý vị muốn thực hiện sẽ có hiệu lực vào ngày Mẫu Đơn ASCMI mới của quý vị được ký.
- » Việc thu hồi sự đồng ý của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến thông tin đã được chia sẻ trước đó với sự đồng ý của quý vị.

MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA HỘI VIÊN (ASCOMI): KHÔNG-AB 133 (PHIÊN BẢN 2.0)

Tên Tên Đệm Họ Ngày Sinh Số Danh Mục Khách
Hàng Medi-Cal (nếu có)

2.3 Chữ Ký Của Quý Vị

Bằng cách ký vào Mẫu Đơn này, quý vị hiểu và đồng ý rằng:

- » Đối Tác Chăm Sóc của quý vị, được liệt kê trong Mục 1.2 của Mẫu Đơn này, có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe và cá nhân mà quý vị đã chọn ở trên cho các mục đích được mô tả trong Mục 1.1 của Mẫu Đơn này.
- » Quý vị cũng hiểu rằng khi thông tin của quý vị được chia sẻ, luật liên bang hoặc tiểu bang có thể không bảo vệ việc chia sẻ lại thông tin đó.

Sự đồng ý chia sẻ thông tin của quý vị có hiệu lực trong bao lâu?

- » **Nếu quý vị từ 18 tuổi trở lên**, sự đồng ý này sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày quý vị ký vào Mẫu Đơn.
- » **Nếu quý vị chưa đủ 18 tuổi**, sự đồng ý của quý vị sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày quý vị ký vào Mẫu Đơn. Nếu quý vị tròn 18 tuổi hoặc nếu quyền giám hộ của quý vị thay đổi trong thời gian một năm này, quý vị sẽ cần phải cung cấp sự đồng ý mới.
- » Bất kể tuổi tác của quý vị, quý vị có thể thay đổi quyết định và rút lại sự đồng ý của mình bất kỳ lúc nào bằng văn bản bằng cách sử dụng Mẫu Đơn Thu Hồi ASCMI.

Tên Của Quý Vị	Chữ Ký Của Quý Vị	Ngày (tháng/ngày/năm)
Tên Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Hợp Pháp	Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Hợp Pháp	Ngày (tháng/ngày/năm)