

公布或储存性犯罪证据的同意书

我可以决定让执法部门了解我的案件，并将从我这里收集的信息和证据提供给执法部门。证据可能包括 *纽约州性犯罪证据收集套件 A 部分*、*纽约州性犯罪证据收集套件 B 部分*、照片和/或检查期间收集的任何其他个人物品。执法部门会将我的证据交给法医实验室进行检测。

或者，我可以决定不希望通知执法部门或允许将收集到的我的证据和信息提供给他们。我被告知收集到的我的证据将被安全地储存 20 年。在 20 年的储存期内，如果我不想将我的证据交给执法部门，随后将根据州和地方法律将其丢弃。

我了解，在这些证据被丢弃之前，我可以随时选择向执法部门公布我的证据。要公开我的证据，我可以联系收集证据的医疗服务提供者、执法机构、受害者援助计划或安全储存机构。如果我的证据将要被移动或被丢弃，会有专人尽最大努力事先通知我。

我明白，如果我要求，我的衣服和作为证据收集的任何其他个人物品将退还给我。

请在您的选择旁边写上您的姓名首字母：

向执法部门公布证据
(如果回答“否”，证据将被发送到长期储存机构) 是 _____ 否 _____

向执法部门公布照片 是 _____ 否 _____

公布其他资料（请说明） _____ 是 _____ 否 _____

授权同意的人是： 患者 患者的家长 患者的监护人

其他（请说明）： _____

授权人的签名 正楷填写姓名 日期

医疗服务提供者的签名 正楷填写姓名 日期

口译员签名（如有） 正楷填写姓名 日期

分发：患者病历原件；给患者的副本；
给执法部门的副本，如果通知

不要将同意书放在 A 部分套件箱中