

Consentement à la divulgation ou au stockage de preuves d'infraction sexuelle

Je peux décider de faire connaître mon cas aux forces de l'ordre et de leur transmettre les informations et les preuves recueillies sur moi. Les preuves peuvent comprendre le *kit de collecte de preuves d'infraction sexuelle de l'État de New York, partie A*, *kit de collecte de preuves d'infraction sexuelle de l'État de New York, partie B*, des photographies et/ou tout autre objet personnel recueilli pendant l'examen. Les forces de l'ordre donneront mes preuves à un laboratoire médico-légal pour des tests.

Ou bien, je peux décider de ne pas informer les forces de l'ordre ou de ne pas permettre que mes preuves et les informations recueillies leur soient communiquées. On m'a dit que les preuves que j'ai recueillies seront conservées en sécurité pendant 20 ans. Si je ne souhaite pas que mes preuves soient remises aux forces de l'ordre au cours de la période de conservation de 20 ans, elles seront ensuite éliminées conformément aux lois nationales et locales.

Je comprends que je peux choisir de divulguer mes preuves aux forces de l'ordre à tout moment jusqu'à ce qu'elles aient été éliminées. Pour divulguer mes preuves, je peux contacter le prestataire médical qui les a recueillies, les forces de l'ordre, les programmes d'aide aux victimes ou le centre de stockage sécurisé. Si mes preuves doivent être déplacées, et avant qu'elles ne soient éliminées, quelqu'un s'efforcera de m'en informer.

Je comprends que mes vêtements et tout autre objet personnel collecté comme preuve me seront rendus si je le demande.

Veillez mettre vos initiales à côté de votre choix :

Communiquer les preuves aux forces de l'ordre Oui _____ Non _____
(Si vous répondez non, les preuves seront envoyées au stockage à long terme)

Communiquer les photographies aux forces de l'ordre Oui _____ Non _____

Communiquer d'autres éléments (spécifiez) _____ Oui _____ Non _____

La personne qui autorise le consentement est : Patient Parent du patient Tuteur du patient

Autre (spécifiez) : _____

Signature de la personne qui donne le consentement Nom en caractères d'imprimerie Date

Signature du prestataire de soins médicaux Nom en caractères d'imprimerie Date

Signature de l'interprète (le cas échéant) Nom en caractères d'imprimerie Date

Distribution : Original dans le dossier médical du patient ; copie au patient ;
Copie aux forces de l'ordre, en cas de notification

Ne pas placer le formulaire de consentement dans la boîte du kit de la partie A

Conformément à la loi de l'État de New York, les versions traduites du présent document sont disponibles dans les langues concernées à l'adresse <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>