



Дозвіл на оприлюднення записів

Authorization for Release of Records

МЕТА: Як один із батьків, ви маєте право давати або не давати дозвіл на передачу записів щодо вашої дитини іншим особам або установам. Цей запит надає вам можливість схвалити або не схвалити такий запит, якщо оприлюднення записів не дозволено за одним із винятків згідно з правилами частини С Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (IDEA) і Закону про права на сімейну освіту та конфіденційність, FERPA.

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ДИТИНИ _____ ДАТА _____

ДАТА НАРОДЖЕННЯ ДИТИНИ _____ МІСЦЕВЕ ПРОВІДНЕ АГЕНТСТВО _____

ЦИМ Я ДОЗВОЛЯЮ ОБМІН ІНФОРМАЦІЄЮ УСНО, ПИСЬМОВО АБО ЕЛЕКТРОННО МІЖ ПРОГРАМОЮ ESIT ТА АГЕНТСТВАМИ/ОСОБАМИ, ПЕРЕЛІЧЕНИМИ НИЖЧЕ, ДЛЯ НАСТУПНИХ ЦІЛЕЙ (оберіть одну або більше):

- Визначення відповідності вимогам програми ESIT
- Визначення відповідних послуг раннього втручання через процес IFSP
- Обмін результатами оцінювання/оцінки та всіма записами про прогрес
- Інше (вказіть) _____

<i>Назва/Ім'я агентства/особи</i>	та	<i>Назва/Ім'я агентства/особи</i>
<i>Адреса вулиці</i>		<i>Адреса вулиці</i>
<i>Місто, Штат, Поштовий індекс</i>		<i>Місто, Штат, Поштовий індекс</i>
	та	<i>Назва/Ім'я агентства/особи</i>
		<i>Адреса вулиці</i>
		<i>Місто, Штат, Поштовий індекс</i>
	та	<i>Назва/Ім'я агентства/особи</i>
		<i>Адреса вулиці</i>
		<i>Місто, Штат, Поштовий індекс</i>
	та	<i>Назва/Ім'я агентства/особи</i>
		<i>Адреса вулиці</i>
		<i>Місто, Штат, Поштовий індекс</i>

ЗАПИСИ, ПРИЗНАЧЕНІ ДЛЯ ОБМІНУ, ВКЛЮЧАЮТЬ (позначте все, що підходить):

- Інформація про стан здоров'я
- Результати оцінювання/оцінки
- Інформація про психічне здоров'я
- Актуальна інформація про розвиток
- Плани IFSP/Примітки про прогрес
- Інше (вказіть)

Я розумію, що ця отримана інформація буде конфіденційно використовуватися місцевим провідним агентством відповідно до положень частини С IDEA та FERPA. IDEA та FERPA забороняють розголошувати особисту інформацію без згоди, за винятком обмежених обставин.

ПАМ'ЯТАЙТЕ, ЯКІ ЧАСОВІ РАМКИ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ:

- Цей дозвіл діє протягом одного року. Вкажіть кінцеву дату: _____
Кінцева дата
- Цей дозвіл діє від: _____ до _____
Дата *Дата*

Я розумію, що моя згода на оприлюднення записів є добровільною, і я можу відкликати свою згоду в будь-який час у письмовій формі. Якщо я відкликаю свою згоду, це не стосується інформації, яка вже була надана згідно з попередньою згодою на розкриття.

Підпис одного із батьків

Дата