Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

早期學習部
華盛頓嬰幼兒早期支援（**ESIT**）計劃

記錄發佈授權

目的：作為家長，您有權允許或不允許向其他人員或機構發佈您孩子的記錄。該要求使您有機會批准或不批准此類請求，除非根據殘障人士教育法（IDEA）C 部分以及家庭教育權利及隱私法（Family Education Rights and Privacy Act，FERPA）允許發佈記錄。

孩子姓名：_____ 日期：_____

孩子出生日期：_____ 當地領導機構：_____

本人特此授權以口頭、書面或電子方式出於以下目的在 ESIT 計劃與下列機構/人員之間交換資訊
（勾選一項或多項）：

- ☐ 認定對 ESIT 計劃的資格
- ☐ 透過 IFSP 程序確定適當的早期干預服務
- ☐ 分享評價/評估結果以及所有進展進度說明
- ☐ 其他（請指明）_____

_____
機構/人員名稱
_____
街道地址
_____
城市，州，郵遞區號

以及

_____
機構/人員名稱
_____
街道地址
_____
城市，州，郵遞區號

以及

_____
機構/人員名稱
_____
街道地址
_____
城市，州，郵遞區號

以及

_____
機構/人員名稱
_____
街道地址
_____
城市，州，郵遞區號

以及

_____
機構/人員名稱
_____
街道地址
_____
城市，州，郵遞區號

待交換的記錄包括（勾選所有適用項）：

- ☐ 醫療/健康資訊
- ☐ 評價/評估結果
- ☐ 心理健康資訊
- ☐ 當前的發展資訊
- ☐ IFSP/進展說明
- ☐ 其他（請指明）

_____

本人理解，獲得的這些資訊將由當地領導機構根據 IDEA 和 FERPA C 部分的規定以保密方式處理。除極少數情況下，否則 IDEA 和 FERPA 禁止在未經同意的情況下披露個人身分資訊。

注意哪個時間期限適用：

- ☐ 該授權有效期為一年。指定結束日期：_____
  結束日期

- ☐ 該授權有效期自：_____ _____
  日期 *日期*

本人理解，本人自願同意發佈記錄，並可隨時以書面形式撤回同意。本人是否應該撤銷同意，並不適用於已事先徵得發佈同意的資訊。

_____ _____
家長簽名 *日期*