



موافقة الطالب / ولي الأمر/ الوصي

الموافقة على الكشف عن السجلات التعليمية والصحية بغية استخدامها في:

- تحديد الأهلية للحصول على الخدمات التي يقدمها مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو
- ومساعدة الأفراد المؤهلين في تقييم هذه الخدمات والتخطيط لها

يحضر الفرد إلى المدرسة ك: طالب غير مُقيم طالب مُقيم

يوافق

اسم الطالب

تاريخ ولادته

الطالب أو أحد الوالدين أو الوصي على الكشف عن السجلات والمعلومات التي تحتفظ بها

المدرسة

و

منطقة المدرسة المحلية

لموظفي مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي إعاقات النمو، وأي كيان يعمل نيابة عنه في سبيل تحديد أهلية الطالب للحصول على خدمات المكتب المذكور وبدء التقييمات والتخطيط لاحتياجات خدمته.

تشمل السجلات التي تمّ الكشف عنها والمعلومات الأخرى، على سبيل المثال لا الحصر: معلومات التواصل مع الطالب والعائلة؛ الوكالة التعليميّة المحلية ومنطقة الخدمات الاجتماعية؛ السجلات التعليمية؛ والتقييمات النفسية وغيرها؛ والتاريخ التنموي والاجتماعي؛ الملخصات الطبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بالصحة؛ والتقييمات التكيفية والتقارير ذات الصلة؛ وبرامج التعليم الفردي؛ وملاحظات التقدم المحرز؛ والمعلومات المتعلقة بتحديد الأهلية الخاصة بالمكتب؛ والمعلومات المتعلقة بتخطيط عملية الانتقال، بما في ذلك حضور برامج التعليم الفردي والاجتماعات الأخرى ذات الصلة، بما في ذلك السجلات الحالية والتاريخية وغيرها من المعلومات.

توقيع الطالب/ ولي الأمر/ الوصي

العلاقة بالطالب

الاسم الطالب/ ولي الأمر/ الوصي مطبوعاً

التاريخ

البريد الإلكتروني

رقم الهاتف

عنوان الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي