NEW YORK STATO DELL' OPPORTUNITÀ | Ufficio per le persone con disabilità dello sviluppo

Consenso dello studente/genitore/tutore

Consenso alla divulgazione dei documenti educativi e sanitari da utilizzare per:

- **Determinare l'idoneità per i servizi OPWDD e**
- **Assistere le persone idonee all'OPWDD con la valutazione e la pianificazione dei servizi dell'OPWDD**

L'individuo frequenta la scuola come: ☐ **studente diurno** ☐ **studente residenziale**

Lo studente _____ _____, o i loro
nome dello studente — data di nascita dello studente

genitori o tutori, acconsentono alla divulgazione di documenti e informazioni conservate da

_____ e _____
scuola — distretto scolastico locale

al personale dell'Ufficio dello Stato di New York per le persone con disabilità dello sviluppo (OPWDD) e a qualsiasi entità che lavori per conto dell'OPWDD allo scopo di determinare l'idoneità dello studente ai servizi dell'OPWDD e di avviare valutazioni e pianificazione per le esigenze dei servizi dell'OPWDD dello studente.

I registri divulgati e altre informazioni includono, ma non sono limitati a: informazioni di contatto di studenti e familiari; l'agenzia educativa locale e il distretto dei servizi sociali; documenti educativi; valutazioni psicologiche e di altro tipo; storie evolutive e sociali; riepiloghi medici e altre informazioni relative alla salute; valutazioni adattative e relative relazioni; Programmi educativi individuali; note sullo stato di avanzamento; informazioni relative alla determinazione dell'ammissibilità OPWDD; informazioni relative alla pianificazione della transizione, inclusa la partecipazione all'IEP e ad altre riunioni pertinenti. Ciò include documenti attuali e storici e altre informazioni.

_____ _____
Firma dello studente/genitore/tutore — Relazione con studente

_____ _____
Nome stampato di studente/genitore/tutore — Data

_____
Indirizzo email

_____
Numero di telefono

_____
Indirizzo

_____
Città, Stato, CAP