



Согласие студента/родителя/опекуна

Согласие на раскрытие записей об образовании и здоровье, которые будут использоваться для:

- Определения права на услуги OPWDD
- Помощи лицам, имеющим право на услуги OPWDD, в оценке и планировании услуг OPWDD

Лицо посещает школу в качестве Студента дневного отделения Студента-резидента

_____, студент, его
Имя студента Дата рождения студента

родитель(и) или опекун, дает согласие на раскрытие записей и информации, хранящихся в

_____, и _____
Школа Местный школьный округ

сотрудникам Управления штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития (далее – OPWDD) и любой организации, работающей от имени OPWDD, с целью определения права студента на получение услуг OPWDD и начала оценки и планирования потребностей студента в услугах OPWDD.

Раскрытые записи и другая информация включают, помимо прочего, следующее: контактная информация студента и семьи; местное образовательное агентство и район социального обслуживания; записи об образовании; психологические и другие оценки; истории развития и социальные истории; медицинская информация и другая информация, связанная со здоровьем; адаптационные оценки и соответствующие отчеты; индивидуальные образовательные программы (IEP); заметки о ходе работы; информация, связанная с определением права на услуги OPWDD; информация, связанная с планированием перехода, включая участие в IEP и других подобных встречах. Сюда входят как текущие, так и прежние записи и другая информация.

Подпись студента/родителя/опекуна

Родство со студентом

Имя (печатными буквами) студента/родителя/опекуна

Дата

Адрес электронной почты

Номер телефона

Уличный адрес

Город, штат, почтовый индекс