نموذج موافقة الطالب/ولي الأمر/الوصي

NEW YORK STATE | Office for People With Developmental Disabilities

الموافقة على الإفصاح عن السجلات التعليمية والصحية لاستخدامها من أجل:

- تحديد الأهلية للحصول على خدمات OPWDD
- ومساعدة الطلاب المؤهلين للحصول على خدمات OPWDD في التقييم والتخطيط لخدمات OPWDD

يحضر الشخص المدارس على النحو التالي: ☐ **طالب نهاري** ☐ **طالب داخلي**

اسم الطالب _____ تاريخ ميلاد الطالب _____

يوافق الطالب أو ولي الأمر أو الوصي على الإفصاح عن السجلات والمعلومات التي يحتفظ بها

المدرسة _____ و منطقة المدرسة المحلية _____

موظفي مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي الإعاقات التنموية (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) وأي كيان يعمل نيابةً عن مكتب OPWDD لغرض تحديد أهلية الطالب للحصول على خدمات OPWDD وبدء التقييمات والتخطيط لاحتياجات خدمات OPWDD للطالب.

تشمل السجلات والمعلومات الأخرى المفصح عنها، على سبيل المثال لا الحصر: معلومات الاتصال بالطلاب والأسرة، والوكالة التعليمية المحلية ومنطقة الخدمات الاجتماعية، والسجلات التعليمية، والتقييمات النفسية وغيرها، والتاريخ التنموي والاجتماعي، والملخصات الطبية والمعلومات الصحية الأخرى، والتقييمات التكيفية والتقارير ذات الصلة، وبرامج التعليم الفردي، والملاحظات المرحلية، والمعلومات المتعلقة بتحديد أهلية الحصول على خدمات OPWDD، والمعلومات المتعلقة بالتخطيط الانتقالي، بما يشمل حضور IEP والاجتماعات الأخرى ذات الصلة. يتضمن ذلك السجلات الحالية والتاريخية وغيرها من المعلومات.

توقيع الطالب/ولي الأمر/الوصي _____ الصلة بالطالب _____

اسم الطالب/ولي الأمر/الوصي مكتوب أحرف واضحة _____ التاريخ _____

عنوان البريد الإلكتروني _____

رقم الهاتف _____

عنوان الشارع _____

المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____