NEW YORK STATE | Office for People With Developmental Disabilities

Formularz zgody ucznia/rodzica/opiekuna

Zgoda na ujawnienie dokumentacji dotyczącej edukacji i zdrowia w celu:

- Określenia kwalifikowalności do korzystania z usług OPWDD i
- Udzielenia pomocy kwalifikującym się do korzystania z usług OPWDD uczniom w ocenie i planowaniu usług OPWDD

Osoba uczęszcza do szkół jako: ☐ **Uczeń dochodzący** ☐ **Uczeń mieszkający w internacie**

_____ _____, uczeń lub jego

Imię i nazwisko ucznia — Data urodzenia ucznia

rodzic bądź opiekun wyraża zgodę na ujawnienie dokumentacji i informacji, które prowadzi

_____ i _____

Szkoła — Lokalny okręg szkolny

pracownikom Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi (New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) Stanu Nowy Jork oraz dowolnych podmiotów działających w imieniu OPWDD w celu ustalenia kwalifikowalności ucznia do korzystania z usług OPWDD oraz rozpoczęcia procesu oceny zapotrzebowania ucznia na usługi OPWDD i ich planowania.

Ujawniona dokumentacja i inne informacje to m.in.: dane kontaktowe uczniów i członków rodziny; lokalna agencja edukacyjna i okręg usług socjalnych; dokumentacja dotycząca edukacji; oceny psychologiczne i inne; historie aspektów rozwojowych i społecznych; medyczne karty informacyjne i inne informacje związane ze zdrowiem; oceny zachowań adaptacyjnych i powiązane raporty; indywidualne programy nauczania; notatki o postępach; informacje związane z ustaleniem kwalifikowalności do korzystania z usług OPWDD; informacje związane z planowaniem wejścia w dorosłość, w tym frekwencja w ramach IEP i uczestnictwo w innych odpowiednich spotkaniach. Obejmuje to zarówno aktualną, jak i historyczną dokumentacją oraz inne informacje.

_____ _____

Podpis ucznia/rodzica/opiekuna — Relacja z uczniem

_____ _____

Imię i nazwisko ucznia/rodzica/opiekuna drukowanymi literami — Data

_____

Adres e-mail

_____

Numer telefonu

_____

Ulica i numer budynku

_____

Miejscowość, stan, kod pocztowy