

## مجوز انتشار مدارک

**هدف:** به عنوان یک ولی، شما حق این را دارید که اجازه یا عدم اجازه دسترسی سایر افراد یا سازمان ها به پرونده فرزندتان را صادر کنید. این درخواست به شما این امکان را می دهد تا چنین درخواستی را تأیید یا رد کنید، مگر اینکه انتشار مدرک بر اساس یکی از موارد استثناء طبق مقررات بخش C قانون education افراد دارای معلولیت (IDEA) و قانون education خانواده در ارتباط با حقوق و حریم خصوصی، FERPA مجاز باشد.

نام کودک: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد کودک: \_\_\_\_\_ سازمان رهبری کننده محلی: \_\_\_\_\_

اینجانب بدین وسیله تبادل اطلاعات به صورت شفاهی، کتبی یا الکترونیکی بین برنامه ESIT و موسسات/اشخاص ذکر شده در زیر و برای اهداف زیر را مجاز می دانم.  
(یک گزینه یا بیشتر را تیک بزنید):

- تعیین واجد شرایط بودن برای برنامه ESIT
- شناسایی خدمات مداخله زودهنگام مناسب از طریق فرآیند IFSP
- به اشتراک گذاری نتایج ارزیابی/سنجش و همه یادداشت های پیشرفت
- سایر موارد (مشخص کنید) \_\_\_\_\_

_____ و _____ نام فرد/سازمان	_____ و _____ نام فرد/سازمان
_____ و _____ نشانی خیابان	_____ و _____ نشانی خیابان
_____ و _____ شهر، ایالت، کد پستی	_____ و _____ شهر، ایالت، کد پستی
_____ و _____ نام فرد/سازمان	_____ و _____ نام فرد/سازمان
_____ و _____ نشانی خیابان	_____ و _____ نشانی خیابان
_____ و _____ شهر، ایالت، کد پستی	_____ و _____ شهر، ایالت، کد پستی
_____ و _____ نام فرد/سازمان	_____ و _____ نام فرد/سازمان
_____ و _____ نشانی خیابان	_____ و _____ نشانی خیابان
_____ و _____ شهر، ایالت، کد پستی	_____ و _____ شهر، ایالت، کد پستی

مدارکی که قرار است تبادل شوند شامل موارد زیر می شود (کلیه موارد مربوطه را علامت بزنید):

- اطلاعات پزشکی/بهداشتی
- نتایج ارزیابی/سنجش
- اطلاعات سلامت روان
- اطلاعات رشدی کنونی
- IFSPs/یادداشت های پیشرفت
- سایر موارد (لطفا مشخص کنید)

---

من می دانم که این اطلاعات به دست آمده به صورت محرمانه توسط یک سازمان رهبری کننده محلی بر اساس مفاد بخش C از IDEA و FERPA مورد رسیدگی قرار می گیرد. IDEA و FERPA افشای اطلاعات قابل شناسایی شخصی بدون رضایت را جز در موارد محدود ممنوع کرده است.

**مدت زمان اعتبار:**

این مجوز برای یک سال معتبر است. تاریخ اتمام را مشخص کنید: \_\_\_\_\_  
تاریخ اتمام

این مجوز از این زمان معتبر است: \_\_\_\_\_ به \_\_\_\_\_  
تاریخ تاریخ

من می فهمم که رضایتم برای انتشار مدارک داوطلبانه است و می توانم رضایتم را در هر زمان به صورت کتبی پس بگیرم. در صورتی که رضایت خود را پس بگیرم، این موضوع بر روی اطلاعاتی که بر اساس رضایت قبلی برای انتشار ارائه شده، اعمال نمی شود.

---

تاریخ

---

امضاء ولی