



교육 및 건강 기록을 다음 목적으로 공개하는 것에 동의합니다.

- OPWDD 서비스 자격 판단 및
- OPWDD 서비스 평가 및 계획에 대한 OPWDD 적격자 지원

해당 개인은 다음 자격으로 통학합니다. Day Student (데이 스튜던트) Residential Student (레지덴셜 스튜던트)

_____, 학생, 또는 그의
학생 이름 _____ 학생 생년월일 _____

부모 또는 보호자는 다음 기관이 보유하고 있는 기록 및 정보의 공개에 동의합니다.

_____ 및 _____
학교 _____ 지역 학구 (Local School District)

공개 대상은 뉴욕주 발달장애국 (New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) 직원 및 학생의 OPWDD 서비스 자격 판단과 학생의 OPWDD 서비스 필요에 대한 평가와 계획 시작을 위해 OPWDD 를 대신하여 일하는 모든 법인체입니다.

공개되는 기록 및 정보에는 학생과 부모의 연락처, 홈 스쿨 또는 사회복지사업 구역(social service district), 그리고 학생의 심리 평가, 발달이력 또는 사회생활이력, 의료 기록과 건강 상태 양식, 적응 평가 보고서, 개인 교육 프로그램 (Individual Education Programs, IEP), 진행 현황 노트, 및 자격, 평가 또는 계획 목적에 필요한 모든 기타 문서가 포함됩니다.

학생/부모/보호자 서명

학생과의 관계

학생/부모/보호자 이름 정자 기입

일자

이메일 주소

전화번호

도로명 주소

도시, 주, 우편번호