

SONOMA COUNTY SELPA

CONSENT TO RELEASE OR EXCHANGE INFORMATION

CHILD'S NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

DISTRICT/SCHOOL: _____

Written parental consent shall be obtained before personally identifiable information is disclosed in writing or orally to anyone other than authorized employees specified by the school district. You need to know that:

- You choose which agencies shall exchange information.
• You may refuse to sign this exchange form.
• Information about your child and family is strictly confidential.
• These records will help in evaluation, assessment and IEP development for your child.
• You have the right to review records.
• Your rights are preserved under: Title 34 Code of Federal Regulations; Family Education Rights Privacy Act of 1974, Title 20 of the United States Code, Section 1232 (g), Title 34 Code of Federal Regulations, Section 99.
• This consent is good for one year unless you withdraw your consent before that time.

I give permission for _____ to exchange information relevant to my child's educational needs with the following agency/agencies. Please initial the box(es) below to permit the exchange of information about your child with the specified agency/agencies.

(Space after agency name may be used for phone and/or fax information.)

- Checkboxes for: Audiologist, California Children's Services, Community Child Care Resources, County Offices of Education, Dept. of Mental Health, Dept. of Rehabilitation, Family Resource Centers, Human/Social Services Dept, Infant Development Program, OT and/or PT, Other Medical Specialist, Primary Care Physician/Clinic, Public Health Nursing, Regional Center, Speech Therapist, Other: SELPA: Adaptive Technology Center, Other, Other.

A photocopy of this form shall be as valid as the original. I understand that I am to receive a copy of this authorization.

Parent/Guardian: _____ Date: _____

Parent/Guardian: _____ Date: _____

Please return information to:

District Name: _____

Address: _____

Attention: _____

Phone: _____ Fax: _____

SELPA DEL CONDADO DE SONOMA

CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR INFORMATION

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DISTRITO/ESCUELA: _____

Se deberá obtener consentimiento por escrito antes de divulgar información personal identificable sea por escrito u oralmente a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

- Usted escoge cuales agencias intercambiarán información.
• Usted puede rehusar firmar este formulario de intercambio.
• La información acerca de su niño/a y de su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de la información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién se compartió la información.
• Este récord ayudará en la evaluación, examen y el desarrollo del IEP para su hijo/a.
• Usted tiene el derecho de revisar el récord.
• Sus derechos están preservados bajo: Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La Ley de Privacidad de Derechos de Familias de 1974, Título 20 del Código de Los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34, Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
• Este consentimiento es vigente por un año a menos que usted lo retire antes de cumplirse el año.

Yo doy mi permiso para que _____ intercambie información relevante a las necesidades educativas de mi hijo/a con las siguiente(s) agencia(s). Favor de poner sus iniciales en el cuadrado (s) a continuación para permitir el intercambio de información acerca de su hijo/ con la agencia (s) especificada(s).

(El espacio al lado de la agencia puede ser usado para el teléfono o número de fax.)

- [] Audiólogo: _____ [] Terapia Física/Ocupacional: _____
[] Servicios de California para Niños: _____ [] Otro Especialista Médico: _____
[] Recursos Comunitarios de Guardería: _____ [] Doctor/Clinica de Cabecera: _____
[] Oficinas de Educación de Condado: _____ [] Enfermera de Salud Pública: _____
[] Dep. de Salud Mental: _____ [] Centro Regional: _____
[] Dep. de Rehabilitación: _____ [] Terapeuta del Habla: _____
[] Centro de Recursos Familiares: _____ [] Otro: _____
[] Dep. de Servicios Sociales/Humanos: _____ [] Otro: _____
[] Programa de Desarrollo Infantil: _____ [] Otro: _____

Una fotocopia de este formulario será tan válida como el original. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.

Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Favor de regresar la información a:

Nombre del Distrito: _____

Dirección: _____

Atención: _____

Teléfono: _____

Fax: _____