



同意披露教育和健康记录用于以下事项:

- 确定具有 **OPWDD** 服务资格和
- 协助具有 **OPWDD** 资格的个人为 **OPWDD** 服务进行评估和计划

个人入学作为:

走读生

住宿生

_____, 学生或者其
学生姓名 学生出生日期

父母或监护人, 同意将由以下方维持的记录和信息:

_____ 以及 _____
学校 当地学区

披露予纽约州发育障碍人士办公室 (OPWDD) 的工作人员, 以及代表 OPWDD 实施工作的任何实体, 以便确定学生是否具有资格获得 OPWDD 服务, 并启动针对学生 OPWDD 服务需求的评估和规划。

需要披露的记录和信息包括学生和家长的联系信息、家庭学校或社会服务区, 以及学生心理评估、发育或社交记录、医疗摘要和健康状况表, 适应性评估报告、个人教育方案 (IEP)、当前进度说明, 以及为确定资格、评估或规划所需的任何其他文件。

学生/家长/监护人签字 与学生的关系

学生/家长/监护人姓名 (印刷体) 日期

电子邮件地址

电话号码

街道地址

城市, 州, 邮政编码