

**Sở Giáo dục Sớm**  
**Chương trình Hỗ trợ Sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ ở độ tuổi tập đi (ESIT) Washington**

## Chấp thuận cho phép tiết lộ hồ sơ

**MỤC ĐÍCH:** Với tư cách là phụ huynh, quý vị có quyền cho phép hoặc không cho phép tiết lộ hồ sơ của con cái quý vị cho các cá nhân hoặc tổ chức khác. Quý vị có cơ hội chấp thuận hoặc không chấp thuận yêu cầu này trừ khi việc tiết lộ hồ sơ được cho phép theo một trong những trường hợp ngoại lệ được quy định trong Phần C của Đạo luật Giáo dục Người khuyết tật (IDEA) và Đạo luật về Quyền Riêng tư và Giáo dục Gia đình, FERPA.

HỌ TÊN TRẺ: \_\_\_\_\_ NGÀY: \_\_\_\_\_

NGÀY SINH CỦA TRẺ: \_\_\_\_\_ CƠ QUAN QUẢN LÝ ĐỊA PHƯƠNG: \_\_\_\_\_

**TÔI ĐỒNG Ý CHO PHÉP TRAO ĐỔI THÔNG TIN BẰNG LỜI NÓI, VĂN BẢN HOẶC BẰNG HÌNH THỨC ĐIỆN TỬ GIỮA CHƯƠNG TRÌNH ESIT VÀ CÁC CƠ QUAN/CÁ NHÂN CÓ TÊN DƯỚI ĐÂY VÌ (CÁC) MỤC ĐÍCH SAU ĐÂY**  
(chọn một hoặc nhiều mục đích):

- Xác định khả năng đủ điều kiện tham gia chương trình ESIT
- Xác định các dịch vụ can thiệp sớm thích hợp thông qua quy trình IFSP
- Chia sẻ kết quả kiểm tra đánh giá và tất cả hồ sơ tiến triển
- Mục đích khác (hãy nêu rõ) \_\_\_\_\_

_____	Và	_____
<i>Tên cơ quan/cá nhân</i>		<i>Tên cơ quan/cá nhân</i>
_____		_____
<i>Địa chỉ đường phố</i>		<i>Địa chỉ đường phố</i>
_____		_____
<i>Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip</i>		<i>Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip</i>
	Và	_____
		<i>Tên cơ quan/cá nhân</i>
		_____
		<i>Địa chỉ đường phố</i>
		_____
		<i>Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip</i>
	Và	_____
		<i>Tên cơ quan/cá nhân</i>
		_____
		<i>Địa chỉ đường phố</i>
		_____
		<i>Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip</i>

Tháng 2/2012

**HỒ SƠ ĐƯỢC TRAO ĐỔI BAO GỒM** (chọn tất cả hồ sơ áp dụng):

- Thông tin Y tế/Sức khỏe
- Kết quả kiểm tra/đánh giá
- Thông tin sức khỏe tâm thần
- Thông tin phát triển hiện tại
- IFSP/Ghi chép về tiến bộ
- Khác (hãy nêu rõ)

---

Tôi hiểu rằng các thông tin thu được này sẽ được cơ quan quản lý địa phương xử lý một cách bí mật theo các điều khoản trong Phần C của IDEA và FERPA. IDEA và FERPA nghiêm cấm tiết lộ thông tin có thể nhận dạng cá nhân mà không có sự chấp thuận trước trừ một số trường hợp hạn chế.

**LƯU Ý KHOẢNG THỜI GIAN ÁP DỤNG:**

- Chấp thuận này có hiệu lực trong vòng một năm. Ghi rõ ngày kết thúc: \_\_\_\_\_  
*Ngày kết thúc*
- Chấp thuận này có hiệu lực từ: \_\_\_\_\_  
*Ngày* \_\_\_\_\_  
*Ngày*

Tôi hiểu rằng việc tôi đồng ý cho phép tiết lộ hồ sơ là tự nguyện và tôi có thể thu hồi sự chấp thuận này bằng văn bản vào bất kỳ thời điểm nào. Nếu tôi thu hồi chấp thuận thì việc thu hồi đó không áp dụng cho các thông tin đã được cung cấp theo chấp thuận cho phép tiết lộ trước đó.

---

*Chữ ký của Phụ huynh*

---

*Ngày*