



評估授權書

機密

Office of Special Education
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS表格336-31
2017年5月

第一部分: 資料

學生姓名 _____ 學生ID號碼 _____
 姓 名 中間名縮寫
 家長/監護人 _____ 工作電話 _____
 住址 _____ 住家電話 _____
 學校 目前就讀的學校 _____ 年齡 _____
 住家所屬學校 _____ 年級 _____
 任課教師/班主任 _____
 填表人 _____ 日期 _____
 姓名 職務/職位

第二部分: 授權進行的評估類型

請勾選每一項中的是或否

| 是 | 否 | 是 | 否 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

教育
 語音/語言
 職業理療
 物理治療
 心理
 功能性行為評估(FBA)
 視力
 聽力
 其它(請在下面具體說明)
 審查由非MCPS機構進行的評估(請在下面具體說明)

- 獲得的資訊將被用來:
 - 幫助確定學生在課堂和/或考試中是否需要適應性調整
 - 幫助確定教育安排
 - 制定教學/計畫建議
- 報告將抄送給:
 - 符合資格的學生(18歲或以上) 家長/監護人 中央辦公室 心理服務部
 - 學校機密檔案 其它(具體說明) _____
- 評估結果將被保存在機密檔案中, 只有在需要知情的情況下才會批准MCPS工作人員查看這些報告。保存檔案, 記錄每一位審查人員的姓名和審查原因。家長/監護人和符合資格的學生可以要求/授權把資料透露給其它機構/專業人員。
- 記錄將在學生畢業六年後被銷毀。
- 在採取任何行動前將與家長/監護人分享評估結果, 家長/監護人和符合資格的學生有權質疑報告內容的準確性, 並且從記錄中刪除被證實是不準確的資訊。
- 評估人員負有為學生最大利益服務的道義責任。
- 其它 _____

有關人員為我說明了以上陳述。我在下面簽名即表示我同意接受所建議的評估。我收到了一份規程保障手冊。

_____ / ____ / ____
 簽名, 家長/監護人或符合資格要求的學生(18歲或以上) 日期