

授權披露/交換保密信息

Office of Special Education
Montgomery County Public Schools
Rockville, Maryland 20850

學生姓名 姓 _____ 名 _____ 中間名縮寫 _____
學生的住址 _____
學生ID# _____ 出生日期 ____/____/____ 年齡 _____ 年級 _____
在家中使用的語言 _____
正在就讀的學校 _____ 住家所屬學校 _____
任課教師/班主任 _____
家長/監護人 _____ 電話號碼# 1 _____ - _____ - _____ 電話號碼 # 2 _____ - _____ - _____
授權獲得人的姓名 _____ 職務 _____ 日期 ____/____/____

第一部分: 披露記錄資料: 在獲得MCPS外部記錄或與社區資源分享MCPS資料看似有幫助的情況下(因為這些資料可以減少考試的必要性或促進服務), 請輸入記錄的名稱或需要分享的資料類型、以及持有資料的機構/個人。請說明, 如果家長/監護人/符合資格的學生在表格上簽名, 即表示他們授權MCPS可以獲得指定記錄並/或可以與指定人士(例如獲得授權的醫療業者、正在輔導學生的補習老師)分享資料。參見MCPS規章JOA-RA, [學生記錄](#), 了解更多細節。

需要索取的資料	資料索業者 (人士、機構、地址)	資料將送交給 (人士、機構、地址)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

我特此同意MCPS和以上列出的個人/機構交換和/或透露(書面、口頭或同時)在上述第一部分中列出的、有關上述學生的學生保密資訊。

簽名, 家長/監護人/符合資格的學生

日期

學生姓名 _____ 學生ID號 _____

表格的這個部分僅供填寫過渡服務(TRANSITION SERVICES)使用。

MCPS表格336-32的第二和第三部分供有個別教育計畫(IEP)的14-21歲學生在進行中學過渡規畫時使用。

這一部分僅供推介高中生使用。

第二部分: 推介或申請同意書: 對於以下標出的服務, 必須事先徵得家長/監護人/符合資格的學生同意才能把高中生推介給一家參與機構(例如康復服務部, DDA, DLLR或行為健康管理局)接受過渡服務。

僅供MCPS工作人員使用

復健服務部	行為健康管理局	馬里蘭州勞工部(MDL), 職場發展和成人學習辦公室 (WorkSource Montgomery)	發展殘疾管理局(DDA)
<input type="checkbox"/> 就業前過渡服務(PreETS) <input type="checkbox"/> 職業復健	<input type="checkbox"/> 兒童/青少年服務 <input type="checkbox"/> 門診服務 <input type="checkbox"/> 核心服務機構	<input type="checkbox"/> Summer R.I.S.E. <input type="checkbox"/> 青年人機會計畫	<input type="checkbox"/> 申請表

將根據服務機構所確定的資格條件提供服務。

- 我同意讓MCPS推介上述學生接受以上勾選的過渡服務。我明白, 在計畫測評和/或註冊結束時, 有人會與我聯繫, 討論在學生IEP中設定的目標。我明白, 我是否同意完全出於自願, 而且我可以隨時撤銷同意。
- 我不同意讓MCPS推介上述學生接受以上勾選的服務。

_____/_____/_____
簽名, 家長/監護人/符合資格的學生

_____/_____/_____
日期

第三部分: 邀請參與機構參加IEP團隊會議同意書: 徵得家長/監護人/合乎條件的學生同意, 以便邀請參與機構(例如, 康復服務部、發展殘疾管理局(DDA)、馬里蘭州勞工部(MDL)或行為健康管理局)參加考慮為殘疾生提供過渡服務的任何IEP團隊會議。邀請機構代表並不一定確保這名代表能夠參加IEP會議。

我同意讓MCPS邀請以下指定的機構: 是 否

- 復健服務部 行為健康管理局 發展殘疾管理局(DDA)
- 馬里蘭州勞工部(MDL), 職場發展和成人學習辦公室

他們可以為定於 ____/____/____ 當天或之前舉行的IEP團隊會議提供高等教育過渡服務。

我明白, 我是否同意完全出於自願, 而且我可以隨時撤銷同意。

_____/_____/_____
簽名, 家長/監護人/符合資格的學生

_____/_____/_____
日期