

Autorización para Divulgación/Intercambio de Información Confidencial

**MONTGOMERY
COUNTY
PUBLIC
SCHOOLS**
Maryland

Oficina de Educación Especial
ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
Rockville, Maryland 20850

Formulario 336-32 de MCPS
agosto de 2022
Página 1 de 2

Nombre del estudiante Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial _____
 Domicilio del estudiante _____
 No. de estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ Grado _____
 Idioma que se habla en el hogar _____
 Escuela actual _____ Escuela local _____
 Maestro del aula de base _____
 Padre/madre/tutor _____ Teléfono# 1 ____ - ____ - ____ Teléfono # 2 ____ - ____ - ____
 Autorización obtenida por Nombre _____ Cargo _____ Fecha ____/____/____

PARTE I: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES: En casos en los cuales se considere útil obtener expedientes que no son de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (MCPS), o compartir con recursos en la comunidad información de MCPS porque la información podría reducir la necesidad de exámenes o facilitar la provisión de servicios, escriba el título del expediente o expedientes o el tipo de información a ser compartida y la agencia/persona que tiene la información. Explique que la firma del padre/madre/tutor o del estudiante elegible autoriza a MCPS a obtener los expedientes específicos y/o a compartir información con las fuentes especificadas—por ejemplo, proveedor autorizado de cuidados de la salud, tutor que podría estar trabajando con el estudiante. Consulte [Reglamento JOA-RA de MCPS, Expedientes del Estudiante](#), para más información.

Información Solicitada	De (Persona, Agencia, Dirección)	Debe Ser Enviada a: (Persona, Agencia, Dirección)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Por medio de este instrumento autorizo el intercambio y/o divulgación (por escrito, verbal, o ambos) de la información confidencial estudiantil indicada en la Parte I, relacionada con el estudiante nombrado, entre MCPS y la persona o agencia arriba indicadas.

Firma, Padre/Madre/Tutor o Estudiante Elegible

____/____/____
Fecha

Nombre del Estudiante _____ No. de Estudiante _____

POR FAVOR USE ESTA SECCIÓN DEL FORMULARIO PARA SERVICIOS DE TRANSICIÓN SOLAMENTE.

Parte II y Parte III del formulario 336-32 de MCPS se deben utilizar para la planificación de transición secundaria para los estudiantes de 14 a 21 años de edad que tienen un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program-IEP).

ESTA SECCIÓN ES PARA ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS SOLAMENTE.

PART II: PERMISSION FOR REFERRALS OR APPLICATION: Obtain the consent of a parent/guardian/eligible student prior to making a referral, and/or support with an application, for a high school student to a participating agency for **transition services** such as the Division of Rehabilitation Services, DDA, DLLR, or the Behavioral Health Administration for the service(s) marked below.

MCPS STAFF USE ONLY			
Division of Rehabilitation Services	Behavioral Health Administration	Maryland Department of Labor (MDL), Office of Workforce Development and Adult Learning (WorkSource Montgomery)	Developmental Disability Administration (DDA)
<input type="checkbox"/> Pre-employment Transition Services (PreETS) <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Children/Adolescents Services <input type="checkbox"/> Clinical Services <input type="checkbox"/> Core Service Agency	<input type="checkbox"/> Summer R.I.S.E. <input type="checkbox"/> Young Adult Opportunity Program	<input type="checkbox"/> Application
<p>Services are based on eligibility criteria determined by the provider agency.</p>			

- I give permission to MCPS to refer the above-named student for the transition service(s) checked above. I understand that at the end of the assessment and/or enrollment in a program, I will be contacted and goals may be addressed in the student's IEP. I understand that the granting of consent is voluntary and may be revoked at any time.
- I do not give permission to MCPS to refer the above-named student for the service(s) checked above.

_____/_____/_____
Signature, Parent/Guardian/Eligible Student

_____/_____/_____
Date

PARTE III: CONSENTIMIENTO PARA QUE LA AGENCIA PARTICIPANTE SEA INVITADA A LAS REUNIONES DEL EQUIPO DE IEP: Obtenga el consentimiento del padre/madre/tutor/estudiante elegible para que una agencia participante, como por ejemplo la División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services) o la Administración de Salud Conductual (Behavioral Health Administration), sean invitadas a asistir a cualquier reunión del equipo de IEP en la cual se tomen en consideración **servicios de transición** para un estudiante con discapacidad. *Invitar al representante de una agencia no garantiza asistencia a la reunión del equipo de IEP.*

I give permission to MCPS to invite the agency(s) indicated below: Yes No

- Division of Rehabilitation Services
 Behavioral Health Administration
 Developmental Disability Administration (DDA)
 Maryland Department of Labor (MDL), Office of Workforce Development and Adult Learning

who may be able to provide postsecondary transition services to an IEP team meeting to be held on or before ____/____/____.

I understand that the granting of consent is voluntary and may be revoked at any time.

_____/_____/_____
Signature, Parent/Guardian/Eligible Student

_____/_____/_____
Date