



Autorización para Divulgación/Intercambio de Información Confidencial

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

MCPS Form 336-32
Agosto 2018
Página 1 de 2

Nombre del/de la Estudiante (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ Inicial ____

Domicilio del/de la Estudiante _____

No. de Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Grado (año/mes) ____/____

Idioma Que Se Habla en el Hogar _____

Escuela Actual _____ Escuela Local _____

Maestro/a / Maestro/a del Aula de Base (Homeroom) _____

Padre/Madre/Guardián _____ 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 Montgomery County Public Schools (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/guardián o del/de la 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/la estudiante. Consulte el [Reglamento JOA-RA de MCPS, Expedientes del/de la Estudiante](#), para más detalles.

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/la estudiante nombrado/a, entre MCPS y la persona o agencia arriba indicadas.

Firma, Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible

Fecha

DISTRIBUCIÓN: Copia 1—Archivo Confidencial del/de la Estudiante; Copia 2—Madre/Padre/Guardián o Estudiante Elegible; Copia 3—Persona y/u Oficina que proporcionó los expedientes de MCPS.

Nombre del/de la Estudiante _____ No. de Estudiante _____

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

Las Partes II y III del Formulario 336-32 de MCPS deben usarse para fines de planificación de transición secundaria para estudiantes de 14 a 21 años de edad que tienen un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program–IEP).

PARTE II: CONSENTIMIENTO PARA QUE LA AGENCIA PARTICIPANTE SEA INVITADA A LAS REUNIONES DEL EQUIPO DE IEP:

Obtener el consentimiento del padre/madre/guardián o del/de la estudiante elegible para invitar a una agencia participante; por ejemplo, Division of Rehabilitation Services, Developmental Disability Administration (DDA), Department of Labor, Licensing, and Regulation (DLLR) o Behavioral Health Administration, a asistir a cualquier reunión del equipo de IEP en la cual se tomen en consideración **servicios de transición** para un/a estudiante con discapacidad. *Invitar al representante de una agencia no garantiza su asistencia a la reunión del equipo de IEP.*

Otorgo mi permiso para que MCPS invite a la agencia/s indicada/s a continuación: Sí No

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

que podría/n estar en condiciones de proveer servicios postsecundarios de transición en una reunión del equipo de IEP que tendrá lugar el día ____/____/____ o antes de esa fecha.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que se puede revocar en cualquier momento.

Firma, Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible

Fecha

ESTA SECCIÓN ES SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS.

PARTE III: PERMISO PARA REMISIONES O SOLICITUD: Obtener el consentimiento del padre/madre/guardián o del/de la estudiante elegible antes de efectuar una remisión y/o brindar apoyo con una solicitud para un/a estudiante de escuela secundaria a una agencia participante para **servicios de transición**, tal como Division of Rehabilitation Services, DDA, DLLR o Behavioral Health Administration, para el servicio o servicios que se indica/n a continuación.

MCPS STAFF USE ONLY (PARA USO DEL PERSONAL DE MCPS SOLAMENTE)

Division of Rehabilitation Services	Behavioral Health Administration	Department of Labor, Licensing, and Regulation (DLLR), Office of Workforce Development and Adult Learning (WorkSource Montgomery)	Developmental Disability Administration (DDA)
<input type="checkbox"/> Assistive technology (Tecnología de apoyo) <input type="checkbox"/> Career assessment (Evaluación profesional) <input type="checkbox"/> Career counseling (orientación profesional) <input type="checkbox"/> College or career training (capacitación para la universidad o para una carrera) <input type="checkbox"/> Job coaching (entrenamiento para empleo) <input type="checkbox"/> Job placement (ubicación en un empleo) <input type="checkbox"/> Pre-employment Transition Services (PreETS) (Servicios de Transición Pre-empleo) <input type="checkbox"/> Work-readiness training (Capacitación de preparación laboral) <input type="checkbox"/> Other support services (Otros servicios de apoyo)	<input type="checkbox"/> Children/Adolescents Services (Servicios para Niños/Adolescentes) <input type="checkbox"/> Clinical Services (Servicios Clínicos) <input type="checkbox"/> Core Service Agency (Agencia de Servicio Principal)	<input type="checkbox"/> Summer R.I.S.E. (Programa de Verano R.I.S.E.) <input type="checkbox"/> Young Adult Opportunity Program (Programa de Oportunidades para Jóvenes Adultos)	<input type="checkbox"/> Application (Solicitud)

Los servicios están basados en criterios de elegibilidad determinados por la agencia que provee los servicios.

- Otorgo mi permiso para que MCPS remita al/a la estudiante arriba nombrado/a para el servicio/s de transición arriba indicado/s. Entiendo que al final de la evaluación y/o inscripción en un programa, se comunicarán conmigo y se podrán abordar las metas en el IEP del/de la estudiante. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que se puede revocar en cualquier momento.
 No otorgo mi permiso para que MCPS remita al/a la estudiante arriba nombrado/a para el servicio/s arriba indicado/s.

Firma, Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible

Fecha