



دائرة ميزوري للتعليم الابتدائي والثانوي
مكتب التربية الخاصة - برنامج FIRST STEPS



نشر المعلومات

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	تاريخ الإتمام
-----------	---------------	---------------

تعليمات

مطلوب الحصول على موافقة ولي الأمر قبل أن يمكن لنقطة النظام للدخول (SPOE) من طلب أو مشاركة المعلومات الشخصية التي تكشف عن هوية طفل أو أسرة مع أي شخص خارج برنامج First Steps.

ويجب على منسق الخدمة توضيح كل قسم من هذا النموذج لولي الأمر حتى يمكن لولي الأمر أن يحدد معلومات محددة للطلب من أو المشاركة مع الوكالة المحددة أدناه. ويقوم منسق الخدمة بوضع علامات على المربعات المناسبة حسب قرار ولي الأمر.

يجب على ولي الأمر توقيع النموذج وكتابة التاريخ وإعادته إلى منسق الخدمة قبل طلب أو مشاركة معلومات عن الطفل أو الأسرة. فيما يلي معلومات الاتصال بمنسق الخدمات.

الغرض

يمكن لـ First Steps SPOE الاتصال بالفرد/ الوكالة التالية:

اسم الفرد/ الوكالة

العنوان، رقم الهاتف

بالنسبة للمعلومات الخاصة بطفلي وأسرتي من الممكن: (اختر إجابة واحدة)

أن يتم مشاركتها بين First Steps SPOE وبين الفرد/ الوكالة الخارجية

أن يتم طلبها من فرد/ وكالة خارجية

أن يتم نشرها بين First Steps SPOE وبين الفرد/ الوكالة الخارجية

الغرض من هذا الاتصال هو مساعدتك في:

تحديد الأهلية في First Steps

تطوير الخطة الفردية لخدمات العائلة (IFSP)

خدمات الطفل وتقديمه

الانتقال إلى التعليم الخاص للطفولة المبكرة (ECSE)

أخرى: _____

نوع المعلومات

نوع المعلومات المقرر طلبها أو مشاركتها:

سجل الطفل الكامل للتدخل المبكر

أو حدد السجلات المحددة أدناه:

السجلات الصحية والطبية. حدد: _____

الخطة الفردية لخدمات العائلة (IFSP)

تقارير التقدير والتقييم. حدد: _____

ملاحظات تقدم مزود الخدمة

مستندات الأهلية في التعليم الخاص للطفولة المبكرة (ECSE)

معلومات الدليل إذا كانت أهلية First Steps غير معروفة

تاريخ التحويل إلى _____ (First Steps) هو 90 يوماً قبل عيد ميلاده الثالث؟ نعم لا

أخرى: _____

شروط الموافقة

أفهم أنه بموجب التوقيع على هذا النموذج:

- يحق لي الاطلاع على المعلومات التي يتم مشاركتها وأخذ نسخة منها.
- المعلومات التي يتم الحصول عليها من فرد/ وكالة تصبح جزءاً من سجل التدخل المبكر للطفل.
- أي سجلات يتم إرسالها إلى برنامج First Steps تخضع لإعادة الكشف عنها مرة أخرى من قبل برنامج First Steps وفقاً لما ينص عليه قانون حقوق التعليم للأسرة والخصوصية (FERPA).
- إذا لم أقم بإعطاء موافقتي على طلب المعلومات الطبية فسوف تحدد First Steps SPOE الأحقية و/أو الخدمات استناداً إلى المعلومات المتاحة.
- إذا كان طفلي يحق له المشاركة في برنامج First Steps فإنني سوف أظل مسجلاً وسوف أحصل على الخدمات حتى إذا لم أوقع على الموافقة.
- المعلومات التي يتم نشرها قد تشمل المعلومات المتعلقة بالاختبار الجيني أو الخدمات الصحية العقلية أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو معالجة إساءة استخدام العقاقير.
- يحق لي سحب هذه الموافقة في أي وقت. أفهم أنني إذا قمت بسحب هذه الموافقة فإنه يجب أن أقوم بذلك بشكل خطي وأقدم إقراراً خطياً إلى منسق الخدمة بسحب هذه الموافقة. كما أنني أفهم أن الإجراءات التي تم اتخاذها بشأن هذه الموافقة قبل سحب تلك الموافقة لن تتأثر.

تاريخ الانتهاء

نظل هذه الموافقة بنشر المعلومات سارية حتى يصبح طفلي لم يعد يتلقى خدمات First Steps ما لم أحدد تاريخاً للانتهاء.

موافقة

أفهم أنني بموجب التوقيع على هذا النموذج فإنني أقدم موافقتي طواعية بشأن طلب أو مشاركة المعلومات المحددة في هذا النموذج.

توقيع ولي الأمر

تاريخ توقيع الأب أو الأم

اسم ولي الأمر بخط واضح

منسق الخدمة

اسم منسق الخدمة

رقم هاتف منسق الخدمة

اسم الوكالة وعنوانها

رقم فاكس الوكالة

للاستخدام من قبل SPOE فقط

توقيع ممثل الوكالة

تاريخ الاستلام من قبل الوكالة