SONOMA COUNTY SELPA
CONSENT TO RELEASE OR EXCHANGE INFORMATION

CHILD'S NAME:_____ **DATE OF BIRTH:**_____

DISTRICT/SCHOOL:_____

Written parental consent shall be obtained before personally identifiable information is disclosed in writing or orally to anyone other than authorized employees specified by the school district. You need to know that:

- You choose which agencies shall exchange information.
- You may refuse to sign this exchange form.
- Information about your child and family is strictly confidential. Your child's school maintains records specifying the source of the information, the date and purpose of any disclosure, and with whom information was shared.
- These records will help in evaluation, assessment and IEP development for your child.
- You have the right to review records.
- Your rights are preserved under: Title 34 Code of Federal Regulations; Family Education Rights Privacy Act of 1974, Title 20 of the United States Code, Section 1232 (g), Title 34 Code of Federal Regulations, Section 99.
- This consent is good for <u>one year</u> unless you withdraw your consent before that time.

I give permission for _____ to exchange information relevant to my child's educational needs with the following agency/agencies. Please initial the box(es) below to permit the exchange of information about your child with the specified agency/agencies.

Phone #_____ Fax #_____ Name of Professional or Agency_____

Phone #_____ Fax #_____ Name of Professional or Agency_____

Phone #_____ Fax #_____ Name of Professional or Agency_____

Phone #_____ Fax #_____ Name of Professional or Agency_____

Phone #_____ Fax #_____ Name of Professional or Agency_____

Phone #_____ Fax #_____ Name of Professional or Agency_____

A *photocopy of this form shall be as valid as* the *original.* I *understand that I am* to *receive a copy of this authorization*.

Parent/Guardian: _____ Date:_____

Parent/Guardian: _____ Date:_____

<u>Please return information to:</u>

District Name: _____ Attention: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

SELPA DEL CONDADO DE SONOMA
CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO/A:_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DISTRITO/ESCUELA:_____

Se deberá obtener permiso por escrito de los padres antes de divulgar información personal identificable por escrito u oral a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

- Usted escoge con cuáles agencias intercambia información.
- Usted puede rehusar firmar este formulario.
- La información acerca de su hijo/a y su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién fue compartida.
- Este récord ayudará en la evaluación, examen y desarrollo del plan IEP de su hijo/a.
- Usted tiene el derecho de revisar el récord.
- Sus derechos están preservados bajo el Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La **Ley** de Privacidad de Educación Derechos Familiares de 1974, Título 20 del Código de los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34 del Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
- Este consentimiento es vigente por un año a menos que usted lo retire antes del año.

Yo doy permiso a _____ para que intercambie información relevante a las necesidades educativas de mi hijo/a a la siguiente agencia (s). Favor de poner sus iniciales en el cuadrito (s) a continuación para permitir el intercambio de información acerca de su hijo/a con la agencia(s) especificada.

Teléfono # _____Fax # _____ Nombre del Profesional o Agencia_____

Teléfono # _____Fax # _____ Nombre del Profesional o Agencia_____

Teléfono # _____Fax # _____ Nombre del Profesional o Agencia_____

Teléfono # _____Fax # _____ Nombre del Profesional o Agencia_____

Teléfono # _____Fax # _____ Nombre del Profesional o Agencia_____

Teléfono # _____Fax # _____ Nombre del Profesional o Agencia_____

Una fotocopia de *este formulario* es *tan válida* como el *original. Entiendo que recibiré una copia* de *esta autorización*.

Padre/Guardián:_____ Fecha:_____

Padre/Guardián:_____ Fecha:_____

<u>Favor de regresar la información a:</u>

Nombre del Distrito: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax:_____