



授權披露/交換保密信息

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

MCPS表格336-32
2018年8月
第1頁, 共2頁

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 _____ - _____ - _____

被授權人姓名 _____ 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。請參見[MCPS規章JOA-RA](#), [學生記錄](#), 了解更多細節。

需要索取的資料	資料索要者 (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號碼_____

表格的這個部分僅供填寫過渡服務使用。

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歲學生在做中學過渡規畫時使用。

第二部分: 邀請參與機構參加IEP團隊會議同意書: 徵得家長/監護人/符合資格的學生同意, 以便邀請參與機構(例如康復服務部, 發展殘疾管理局(DDA), 勞動、許可證和規章部(DLLR)或行爲健康管理局)參加考慮爲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 行爲健康管理局 發展殘疾管理局(DDA)

勞動、許可證和規章部(DLLR), 職場發展和成人學習辦公室

他們可以爲定於___/___/___ 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

這一部分僅供推介高中生使用。

第三部分: 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或行爲健康管理局)接受過渡服務。

僅供MCPS工作人員使用

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 <input type="checkbox"/> Career assessment <input type="checkbox"/> Career counseling <input type="checkbox"/> College or career training <input type="checkbox"/> Job coaching <input type="checkbox"/> Job placement <input type="checkbox"/> Pre-employment Transition Services (PreETS) <input type="checkbox"/> Work-readiness training <input type="checkbox"/> Other support services	<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>將根據服務機構所確定的資格條件提供服務。</p>			

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