



Autorisation pour la Divulagation d'Informations Confidentielles

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

Formulaire 336-32 de MCPS
Août 2018
Page 1 de 2

Nom de l'Élève Nom _____ Prénom _____ Initiale du Deuxième Prénom _____
 Adresse de l'Élève _____
 N° d'Identification de l'Élève _____ Date de Naissance ____/____/____ Âge ____ Grade ____
 Langue parlée à la maison _____
 École Actuelle _____ École du Quartier _____
 Enseignant de Classe/Enseignant Principal _____
 1er N° de Téléphone ____-____-____ du Parent/Tuteur Légal _____ 2e N° de Téléphone ____-____-____
 L'Autorisation Obtenu par Nom _____ Titre _____ Date ____/____/____

PARTIE I: DIVULGATION D'INFORMATIONS CONTENUES DANS LES DOSSIERS DES ÉLÈVES: Lorsqu'il apparaît utile d'obtenir des dossiers en dehors de Montgomery County Public Schools (MCPS) ou de partager des informations provenant de MCPS avec des ressources communautaires, parce que ces informations pourraient réduire la nécessité de dépistage ou faciliter la prestation de services, veuillez écrire le titre du/des dossier(s) ou le type d'informations à partager ainsi que le nom de l'agence/la personne détenant l'information. Expliquer que la signature du/des parent(s)/tuteur(s)légal/légaux de l'élève éligible autorise MCPS à obtenir les dossiers spécifiés et/ou à partager les informations avec des sources spécifiées, par exemple, le prestataire de soins de santé autorisé, le professeur particulier qui peut travailler avec l'élève. Voir [MCPS Regulation JOA-RA, Dossiers des Élèves](#), pour plus de détails.

Informations Demandées	Provenant de (Personne, Agence, Adresse)	À Expédier À (Personne, Agence, Adresse)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Je consens par la présente à la communication (écrite, verbale, ou les deux) et à l'échange de renseignements confidentiels sur les élèves énumérés dans la partie I ci-dessus relatives à l'élève susmentionné entre MCPS et la personne/agence mentionnée ci-dessus.

_____ /____/____
Signature, Parent/Tuteur Légal/Élève Éligible Date

Nom de l'Élève _____ N° d'identification de l'Élève _____

VEUILLEZ UTILISER CETTE SECTION DU FORMULAIRE UNIQUEMENT POUR DES SERVICES DE TRANSITION.

La Partie II et la Partie III du Formulaire 336-32 de MCPS devraient être utilisées pour la planification de la transition secondaire pour les élèves âgés entre 14 et 21 ans qui possèdent un Programme d'Enseignement Personnalisé(IEP).

PARTIE II: CONSENTEMENT POUR QU'UNE ORGANISATION PARTICIPANTE SOIT INVITÉE AUX RÉUNIONS DE L'ÉQUIPE DE L'IEP:

Obtenir le consentement d'un parent / tuteur légal / élève éligible pour un organisme participant tel que Division of Rehabilitation Services, Developmental Disability Administration (DDA), Department of Labor, Licensing, and Regulation (DLLR), ou Behavioral Health Administration pour être invité à assister à une réunion de l'équipe de IEP au cours de laquelle les **services de transition** seront recommandés pour un étudiant handicapé. *L'invitation d'un représentant d'agence ne garantit pas le fait d'assister à une réunion de l'équipe de l'IEP.*

J'autorise MCPS à inviter l'agence/les agences indiquées ci-dessous: **Oui** **Non**

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

qui pourraient être en mesure de fournir des services de transition au niveau postsecondaire à une réunion de l'équipe de l'IEP qui aura lieu le ou avant ____/____/____.

Je comprends que l'octroi de ce consentement est volontaire, et peut être révoqué à tout moment.

Signature, Parent/Tuteur Légal/Élève Éligible

_____/_____/_____
Date

CETTE SECTION EST UNIQUEMENT POUR LES LYCÉENS.

PARTIE III: AUTORISATION DE RENVOI OU D'APPLICATION: Obtenir le consentement d'un parent / tuteur légal/ élève éligible avant de faire un renvoi, et / ou de d'aider à un lycéen pour faire une demande à une agence participante pour les **services de transition** tels que Division of Rehabilitation Services, DDA, DLLR, ou Behavioral Health Administration pour bénéficier des services ci-dessous.

UNIQUEMENT POUR L'USAGE DU PERSONNEL DE MCPS

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

Services are based on eligibility criteria determined by the provider agency.

Je donne la permission à MCPS de recommander l'élève susmentionné pour le(s) service(s) de transition coché(s) ci-dessus. Je comprends qu'à la fin de l'évaluation et/ou de l'inscription dans un programme, je serai contacté et les objectifs pourront être abordés dans l'IEP de l'élève. Je comprends que l'octroi de ce consentement est volontaire, et peut être révoqué à tout moment.

Je ne donne pas la permission à MCPS de recommander l'élève susmentionné pour le(s) service(s) coché(s) ci-dessus.

Signature, Parent/Tuteur Légal/Élève Éligible Date