

Autorisation pour la Divulgateion d'Informations Confidentielles

Bureau de l'Éducation spécialisée
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

Formulaire MCPS 336-32
Août 2022
Page 1 sur 2

Nom de l'élève Nom _____ Prénom _____ Initiale du deuxième prénom _____
Adresse de l'élève _____
Identifiant d'élève _____ Date de naissance ____/____/____ Age ____ Grade ____
Langue parlée à la maison _____
École Actuelle _____ École d'affectation _____
Enseignant de classe/Enseignant principal _____
Parent/tuteur légal _____ N° de tél. 1 ____ - ____ - ____ N° de tél. 2 ____ - ____ - ____
Autorisation obtenue de Nom _____ Poste _____ 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 communiquer des informations provenant de MCPS à des ressources de la communauté lorsque ces informations sont susceptibles de réduire la nécessité de dépistage ou permettre la prestation de services, veuillez écrire le titre du/des dossier(s) ou le type d'informations à communiquer 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 communiquer 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 le [Règlement JOA-RA](#), de [MCPS 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'identifiant de l'élève _____

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

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

PART II: PERMISSION FOR REFERRALS OR APPLICATION: Obtain the consent of a parent/guardian/eligible student prior to making a referral, and/or support with an application, for a high school student to a participating agency for **transition services** such as the Division of Rehabilitation Services, DDA, DLLR, or the Behavioral Health Administration for the service(s) marked below.

MCPS STAFF USE ONLY			
Division of Rehabilitation Services	Behavioral Health Administration	Maryland Department of Labor (MDL), Office of Workforce Development and Adult Learning (WorkSource Montgomery)	Developmental Disability Administration (DDA)
<input type="checkbox"/> Pre-employment Transition Services (PreETS) <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation	<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.			

- I give permission to MCPS to refer the above-named student for the transition service(s) checked above. I understand that at the end of the assessment and/or enrollment in a program, I will be contacted and goals may be addressed in the student's IEP. I understand that the granting of consent is voluntary and may be revoked at any time.
- I do not give permission to MCPS to refer the above-named student for the service(s) checked above.

Signature, Parent/Guardian/Eligible Student

_____/_____/_____
Date

PARTIE III : CONSENTEMENT A CE QU'UNE ORGANISATION PARTICIPANTE SOIT INVITÉE AUX RÉUNIONS DE L'ÉQUIPE DE L'IEP : Obtenir le consentement d'un parent/tuteur/élève éligible à ce qu'un organisme participant tel que le Division of Rehabilitation Services, Developmental Disability Administration (DDA), Maryland Department of Labor (MDL), ou le Behavioral Health Administration, soit invité à assister à toute réunion de l'équipe IEP au cours de laquelle les **services de transition** seront envisagés pour un élève en situation de handicap. *L'invitation d'un représentant d'agence garantit pas le fait d'assister à une réunion de l'équipe de l'IEP.*

I give permission to MCPS to invite the agency(s) indicated below: **Yes** **No**

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

who may be able to provide postsecondary transition services to an IEP team meeting to be held on or before ____/____/____.

I understand that the granting of consent is voluntary and may be revoked at any time.

Signature, Parent/Guardian/Eligible Student

_____/_____/_____
Date