

비밀이 보장된 정보의 제공 및 공유 허가서

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

MCPS Form 336-32
2022년 8월
1/2

학생의 성, _____ 이름, _____ 미들네임 이니셜 _____
 학생 주소 _____
 학생번호 생년월일 ____/____/____ 나이 학년 _____
 집에서 사용하는 언어 _____
 현재 다니는 학교 _____ 거주지에 따른 지정 학교 _____
 담당 교사 _____
 학부모/후견인 전화번호1 ____ - ____ - ____ 전화번호 2 ____ - ____ - ____
 승인소유자 이름 _____ 직책 _____ 날짜 ____/____/____

제1부: 신상정보 공개 MCPS에 도움이 될만한 Montgomery County Public Schools (MCPS) 외부의 정보를 받게 되거나 평가시험을 줄이기위해서 혹은 기관서비스 제공을 받기위해서 MCPS의 정보를 지역사회기관에 제공할 경우, 기록의 제목 또는 공유할 정보의 종류, 기관 및 담당자를 적습니다. 학부모/후견인/해당학생의 서명이 MCPS가 특정인(예: 학생의 자격증을 소지한 의료인, 가정교사 등)에게 특정기록이나 정보를 제공하도록 허락하는 것임을 설명합니다. 자세한 설명은 **MCPS Regulation JOA-RA, 학생기록(Student Records)**을 봅시다.

요청한 정보	보낸 사람 (이름, 기관, 주소)	받는 사람 (이름, 기관, 주소)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

본인은 1부에 명시한 위 학생에 관한 비밀을 보장해야하는 학생정보를 MCPS와 위의 사람/기관에 서면, 구두 또는 양쪽 모두으로 교환 또는 제공하는 것에 동의합니다.

_____ / ____/____
 서명, 학부모/후견인/적격한 학생 날짜

학생이름 _____ 학생번호 _____

본 양식의 이부분은 전환서비스(TRANSITION SERVICES)만을 위해 사용됩니다.

본 양식 336-32의 제2부와 3부는 개별학습계획(Individualized Education Program-IEP)이 있는 14세-21세 학생의 중고등학교 진학에 사용됩니다.

고등학생을 위한 항목입니다.

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
<p>Services are based on eligibility criteria determined by the provider agency.</p>			

- 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

3부: IEP팀 회의에 참여기관의 초대를 승인: 장애가 있는 학생의 전환기에 필요한 서비스를 결정하는 IEP 팀 회의에 Division of Rehabilitation Services, Developmental Disability Administration (DDA), Maryland Department of Labor (MDL) 또는 Behavioral Health Administration와 같은 참가기관을 IEP팀회의에 초대하기 위해서는 부모/후견인/해당 학생의 승인을 받아야 합니다. IEP 회의에 참석을 초대하는 것으로 기관 담당자가 회의 참석을 보장하는 것은 아닙니다.

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