|  |
| --- |
| **الغرض:** إن توقيع هذا النموذج سيساعد على ربط الطلاب بالخدمات التي قد يكونون مؤهلين لها لدعمهم أثناء انتقالهم من نظام المدارس الحكومية إلى سن الرشد. في حالة تقديم موافقتك، سيشارك مكتب مراقب التعليم العام (Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI) معلومات حول الطالب لوكالات الانتقال في الولاية المذكورة في الوثيقة وذلك لدعم الانتقال وخدمات ما بعد المدرسة. |

**الموافقة على مشاركة معلومات الطالب مع وكالات الانتقال في الولاية**

***يجب تعبئته من قِبَل موظفي المدرسة أو المنطقة في حالة عدم تقديم موافقة الوالد (أو الطالب البالغ) فقط***

إذا لم يوافق الوالد/الوالدة / ولي الأمر / الطالب البالغ على السماح لمكتب OSPI بمشاركة معلومات الطالب مع وكالات الانتقال في الولاية المذكورة في هذه الوثيقة، فيُرجى تضمين اسم موظف المدرسة أو المنطقة الذي ناقش هذا النموذج مع الوالد/الوالدة (الطالب البالغ) وتاريخ المحادثة:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *اسم موظفي المدرسة أو المنطقة* |  | *التاريخ* |

*\*\* يُعد نموذج الموافقة على مشاركة المعلومات مع وكالات الولاية نموذجًا طوعيًا يجري تجريبه في العام الدراسي 2023-2024. سيُنفذ هذا النموذج بشكل كامل بحلول العام الدراسي 2024-2025 وما بعده. يجب على فرق برنامج التعليم الفردي مراجعة هذا النموذج كجزء من اجتماع برنامج التعليم الفردي لجميع الطلاب الذين لهم خطة انتقال إلى برنامج تعليم فردي (وفق قانون واشنطن الإداري (Washington Administrative Code, WAC) 392-172A-03090 (1)(k).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطالب: |  | | | | | | التاريخ: | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | |
| تاريخ ميلاد الطالب: | |  | | المنطقة التعليمية: | | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | |  | |
| **قد تشتمل معلومات الطالب على:** | | | | | | | | | | |
| * الاسم * تاريخ الميلاد * فئة الإعاقة * الصف الدراسي * تاريخ التخرج المتوقع * المنطقة التعليمية * المدرسة * منطقة الخدمة التعليمية * المقاطعة | | | | | | | | | | |
| أتفهم أن هذه المعلومات التي تم الحصول عليها سيتعامل معها المستلمون بطريقة سرية وذلك بموجب أحكام قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA) يمنع FERPA الإفصاح عن معلومات التعريف الشخصية دون موافقة إلا في ظروف محدودة. يُرجى ملاحظة أنه إذا كان الطلب لمعلومات صحية أو طبية، فإن المعلومات الطبية التي تتلقاها المنطقة تخضع لحماية معايير خصوصية FERPA وليس قانون نقل التأمين الصحي والمسؤوليةHealth Insurance Portability and Accountability Act) HIPAA).   |  |  | | --- | --- | | وهذا التصريح صالح لمدة تصل إلى خمسة أعوام، بدءًا من: |  | |  | *التاريخ* |   أخوّل OSPI بموجب هذه الوثيقة لمشاركة معلوماتي / معلومات طفلي مع إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (Department of Social and Health Services)، ووكالات المقاطعة، وإدارة خدمات المكفوفين (Department of Services for the Blind) وأي وكالة أخرى في الولاية تعمل مع أفراد يعانون من إعاقات ذهنية وتطورية. أتفهم أنني أستطيع إلغاء هذا التصريح في أي وقت وذلك من خلال التواصل مع فريق برنامج التعليم الفردي. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | |
| *توقيع الوالد/الوالدة / ولي الأمر / الطالب البالغ* | | | | | |  | | *التاريخ* | | |

[رخصة المشاع الإبداعي (Creative Commons License)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) يتم ترخيص السماح بالإفراج عن السجلات من قِبَل [Office of Superintendent of Public Instruction](http://www.k12.wa.us) بموجب [الرخصة الدولية لنسبة المشاع الإبداعي ((Creative Commons 4.0](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).