|  |
| --- |
| **ПРИЗНАЧЕННЯ.** Як батько/мати, опікун або учень, ви маєте право давати або не давати дозвіл на видачу документів вашої дитини іншим особам або установам. Цей запит дає вам можливість затвердити або не затвердити заявку на видачу документів, якщо лише на неї не поширюється одне з виключень з правил, передбачених «Законом про права сім'ї на освіту та недоторканість приватного життя» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA) (наприклад, передача документів з одного шкільного округу в іншій). |

**ДОЗВІЛ НА ВИДАЧУ ДОКУМЕНТІВ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ім’я учня: | |  | | | | | | | | Дата: | | | |  |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Дата народження учня: | | | |  | | | Шкільний округ: | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | |
| Цим я дозволяю передати документи: | | | | | | | | | | | | | | |
| Від: |  | | | | Кому: | | |  | | | | | | |
| *(Назва установи/ім'я особи)* | | | | | | *(Назва установи/ім'я особи)* | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| *Адреса* | | | | |  | | | *Адреса* | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| *Місто, штат, індекс* | | | | |  | | | *Місто, штат, індекс* | | | | | | |
| **Вкажіть документи, які видаватимуться:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Причина видачі документів:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Я розумію, що шкільний округ поводитиметься з отриманою інформацією виходячи з принципів конфіденційності відповідно до положень «Закону сім'ї на освіту та недоторканість приватного життя» (FERPA). FERPA забороняє видавати інформацію, що дозволяє встановити особу, за винятком низки обмежених випадків. Просимо взяти до відома, що якщо запит стосується інформації про здоров'я або медичних відомостей, то медичні відомості, які отримані округом, захищаються положеннями про недоторканість приватного життя FERPA, а не «Законом про наступність та підзвітність медичного страхування» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA).   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Даний дозвіл діє з: |  | до |  | . | |  | *Дата* |  | *Дата* |  |   Примітка. Дозвіл на видачу медичних документів може діяти не більше 90 днів з дня підписання цього документа.  Я розумію, що моя згода на видачу документів є добровільною та я можу відкликати її у будь-який час у письмовій формі. Якщо я відкличу свою згоду, це відкликання не поширюватиметься на інформацію, яка вже була видана відповідно до раніше даної згоди. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | |
| *Підпис одного з батьків/опікуна/повнолітнього учня* | | | | | | | | |  | | *Дата* | | | |

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) Дозвіл на видачу документів від [Офісу головного інспектора державної освіти штату (Office of Superintendent of Public Instruction)](http://www.k12.wa.us) надається за міжнародною ліцензією [Creative Commons Attribution 4.0 International License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).