

FECHA DE ENVÍO:

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE AMARILLO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

AMARILLO, TEXAS

CONSENTIMIENTO PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
DEL REGISTRO DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES VISUALES

Estudiante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Todos los estudiantes elegibles para educación especial por tener DISCAPACIDADES VISUALES o ser SORDO-CIEGOS deben ser registrados por el distrito en el Registro Anual de Estudiante con Discapacidades Visuales de la Agencia de Educación de Texas.

El propósito específico de dar a conocer esta información es para que los que se registren puedan tener derecho a los libros de texto, medios de comunicación y materiales especiales y servicios complementarios.

La información que se dará a conocer puede incluir el número de seguro social, el nombre, la fecha de nacimiento, el grado, las discapacidades, agudeza, medio de los libros de texto, nivel de lectura, origen étnico, si su hijo recibe los servicios de orientación y movilidad, y el distrito escolar.

\* [ ] Sí [ ] No Autorizo a la Agencia de Educación de Texas y a sus contratistas responsables del Registro de Estudiantes con Discapacidades Visuales a dar a conocer datos estadísticos y educativos del censo anual con datos de información personal que estén relacionados con el estudiante mencionado anteriormente a las entidades siguientes:

- Comisión de Ciegos de Texas
Arrican Printing House for the Blind, Inc.
Centros de Servicios Educativos Regionales en Texas
Escuela para Ciegos y Personas con otras Discapacidades Visuales de Texas
Consejo Inter Agencia sobre Intervención a Temprana Edad
Recording for the Blind and Dyslexic, Inc.
Biblioteca Estatal de Texas, División para Ciegos y Discapacitados Fisicos

\* [ ] sí [ ] No Se me ha informado plenamente y comprendo la solicitud de la Agencia de Educación de Texas para mi consentimiento según se describe arriba para dar a conocer el expediente de mi hijo.

\* [ ] sí [ ] No Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

\* Para más información, por favor llame a: \_\_\_\_\_ al: ( ) - \_\_\_\_\_

• Firma del padre, tutor, padre sustituto o estudiante adulto

\* Fecha

• Firma del intérprete, si se empleó alguno

\* Fecha

Por favor devuelva este formulario a: \_\_\_\_\_ en: \_\_\_\_\_ lo antes posible.
Personal escolar Escuela

• Indica dato requerido