



## Autorización para la Divulgación de Información (2023 – 2024)

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Yo, como padre/tutor del estudiante identificado más arriba, doy mi autorización para que Walsh Academy pueda pedir, divulgar, y/o intercambiar la siguiente información respecto a mi estudiante con las personas/entidades identificadas a continuación:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan Individualizado de Educación (IEP)                         | <input type="checkbox"/> Resultados de Pruebas Administradas Según el IEP | <input type="checkbox"/> Resúmenes de Terapia   |
| <input type="checkbox"/> Notas   | <input type="checkbox"/> Informes de Avance                               | <input type="checkbox"/> Informe de Asistencia  |
| <input type="checkbox"/> Informe de Disciplina   | <input type="checkbox"/> Resumen de Retirada                              | <input type="checkbox"/> Registros del Estudiante de Todas las Escuelas que ha Asistido |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental                                     | <input type="checkbox"/> Informe Legal /de los Tribunales                 | <input type="checkbox"/> Libertad Condicional / Cumplimiento                            |
| <input type="checkbox"/> Datos Enviados al Sistema ISBE IWAS/SIS por el Distrito Escolar | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |

Según 20 U.S.C. § 1232g, 105 ILC 10/1 et seq., y 740 ILCS 110/1 et seq., doy mi autorización para la divulgación de la información identificada más arriba para los siguientes propósitos:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Planificación Educativa/ para Transiciones | <input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado                           | <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguridad Social                                  |
| <input type="checkbox"/> Enlace entre Servicios Públicos y Privados | <input type="checkbox"/> Procedimientos Legales / de Libertad Condicional | <input type="checkbox"/> Cumplimiento con Leyes o los Requisitos de Libertad Condicional |
| <input type="checkbox"/> _____                                      | <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____   |

Entiendo que tengo el derecho de revocar mi autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que esta autorización se limita a la información identificada más arriba, lo cual sólo se divulgará a las personas/entidades identificadas a continuación. En cuanto a la información que se piensa divulgar, entiendo que tengo el derecho de inspeccionarla y copiarla, de cuestionar su contenido, y de limitar mi consentimiento a ciertos registros designados o a porciones de información contenida en tales registros. Entiendo que si me niego a consentir a la divulgación de la información identificada más arriba, evitaré la divulgación a las personas/entidades identificadas a continuación, y que la falta de esta información puede producir la consecuencia de impedir los propósitos identificados más arriba. Este consentimiento es válido por un (1) año después de la fecha de la firma del padre/tutor.

### Distrito Escolar Donde Reside

### Persona / Entidad

### Persona / Entidad

Persona de Contacto

Persona de Contacto

Persona de Contacto

Nombre del Distrito Escolar

Agencia

Agencia

Dirección

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono / Fax

Número de Teléfono / Fax

Número de Teléfono / Fax

Nombre del Estudiante (Letra de Molde)

Firma

Fecha

**\*\* Se requiere la firma del estudiante si tiene 12 años o más de 12 años y los registros contienen información sobre la salud mental y/o una discapacidad en el desarrollo.\*\***

Nombre del Padre/Tutor (Letra de Molde)

Firma

Fecha