



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59  
1001 Leicester Road \* Elk Grove Village, IL 60007  
PH: 847-593-4300 \* FAX: 847-593-4352

**ZEZWOLENIE NA WYMIANĘ  
INFORMACJI POUFNYCH/DOKUMENTACJI**

Uczeń \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

Nazwisko(-a) rodziców \_\_\_\_\_ # ID ucznia \_\_\_\_\_

Adres domowy \_\_\_\_\_

Miasto \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Ostatnia szkoła, do której uczeń uczęszczał (Dyst.59) \_\_\_\_\_

Ostatni rok uczęszczania (Dyst.59) \_\_\_\_\_

Niniejszym zezwalam/zezwalamy, aby następujące informacje zostały ujawnione/wymienione

- Wszystkie stałe zapisy (w tym, ale nie wyłącznie, podstawowe dane identyfikacyjne, akt urodzenia lub inny dowód tożsamości ucznia, odpisy wyników nauczania, frekwencji i dokumentacji medycznej, w stosownych przypadkach).
- Wszystkie tymczasowe zapisy (w tym, ale nie wyłącznie, wyniki ocen państwowych przeprowadzanych w klasach K-8, zapisy dotyczące dyscypliny, informacje związane ze zdrowiem, raporty z wypadków, podstawowe informacje o rodzinie, raporty z oceny psychologicznej, wyniki testu umiejętności i osiągnięć, arkusze ocen, nagrody i wyróżnienia, informacje dotyczące monitorowania postępów, dokumentacja dot. IDEA / szkolnictwa specjalnego i dokumentacja Section 504)

To udostępnienie poufnych informacji dozwolone jest na mocy *Family Education Rights and Privacy Act (20 U.S.C. Section 1232g), Illinois School Student Records Act (105 ILCS 10/1 et seq.)* oraz *Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.)*,\* i należy je wykonać w celu :

- Ewaluacji dot. edukacji i/lub planowania
- Inne [wymienić]:

\*Przed udostępnieniem informacji chronionych dot. zdrowia, organizacje świadczące opiekę zdrowotną mogą wymagać od rodzica / opiekuna dostarczenia dodatkowego formularza upoważniającego, zgodnie z zarządzeniem *Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA")*.

Rozumiem, że przysługuje mi prawo do wglądu i kopiowania ujawnianych informacji, zakwestionowania ich treści i ograniczenia mojej zgody do wskazanych dokumentów lub części informacji zawartych w tych dokumentach. Rozumiem również, że moja odmowa wyrażenia zgody na wymianę zarejestrowanych danych i komunikatów może skutkować niepełnym i / lub niewłaściwym planowaniem edukacji dla ucznia. Zgoda ta wygasa po upływie roku od daty wskazanej poniżej. Rozumiem jednak, że mam prawo do odwołania tej zgody na piśmie w dowolnym momencie.

- Upoważniam Dystrykt 59 do ujawnienia informacji dotyczących wyżej wymienionego ucznia.
- Upoważniam Dystrykt 59 do uzyskania informacji dotyczących wyżej wymienionego ucznia.

Do: \_\_\_\_\_ Od: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

W celu:

Zakreśl odpowiednie:  Dokumentacja ucznia  Inne:

Nazwisko drukowanymi literami \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

[Jeśli uczeń ma mniej niż 18 lat, wymagany jest podpis rodzica]

Data \_\_\_\_\_

Podpis świadka [wymagany w przypadku zdrowia psychicznego/zapisów dotyczących niepełnosprawności rozwojowej]

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Podpis ucznia [wymagany w przypadku dokumentacji dotyczącej zdrowia psychicznego /niepełnosprawności]

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ (jeśli uczeń ma 12 lat lub więcej)