

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ: _____

НОМЕР NYCID УЧАЩЕГОСЯ: _____

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ – ОТДЕЛ
ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ СПРАВЕДЛИВЫХ УСЛУГ ПО ПОВЫШЕННЫМ СТАВКАМ**

Данная форма должна быть полностью заполнена для всех запросов, направляемых в отдел по предоставлению справедливых услуг по повышенным ставкам адвокатами и лицами, не являющимися адвокатами.

Родители/опекуны, подающие запросы, не обязаны предоставлять нотариально заверенное разрешение на разглашение на раскрытие конфиденциальной информации. Обратите внимание, что любые запросы, поданные адвокатами или лицами, не являющимися адвокатами, которые не включают заполненную, подписанную, датированную и нотариально заверенную форму, будут отклонены.

Я разрешаю _____ помогать мне в представлении интересов моего ребенка, _____ (дата рождения: ____/____/____) в запросе индивидуальной программы образовательных услуг (IESP)/ справедливых услуг. Разрешаю отделу по предоставлению справедливых услуг по повышенным ставкам (Enhanced Rate Equitable Services Unit) связываться с вышеуказанным лицом и разрешаю этому лицу получать все материалы, имеющие отношение к этому запросу, для ознакомления с ними. Настоящее разрешение действительно в течение одного года со дня его подписания ниже.

Я _____ (укажите или введите имя, фамилию) прошу оказать мне помощь в реализации услуг IESP/услуг по повышенным ставкам для вышеуказанного учащегося. Отправляя данный запрос, я подтверждаю, что все записи, связанные с данным запросом, подлежат проверке муниципальными школами г. Нью-Йорка и/или городом Нью-Йорком. Я заявляю под присягой и/или удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся представленная мной информация является точной и верной, и я имею право подавать этот запрос.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА
(ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА и ДАТА

НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ / НОМЕР КВАРТИРЫ

ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ТЕЛЕФОН

E-MAIL

Сохраните оригинал поданной вами формы разрешения на раскрытие конфиденциальной информации. Муниципальных школы г. Нью-Йорка (NYCPS) могут запросить его в целях проверки. Аффидавиты и разрешения на раскрытие конфиденциальной информации остаются в силе в течение одного года, если вы не предоставите письменное уведомление в отдел по предоставлению справедливых услуг по повышенным ставкам о том, что вы хотите отозвать свое согласие.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ: _____

НОМЕР NYCID УЧАЩЕГОСЯ: _____

ШТАТ _____

ОКРУГ _____

В _____ день _____ года передо мной, присяжным нотариусом, лично явился (явилась/явились) _____, лично известный мне или удостоверивший (-ая/-ие) меня через предоставление достаточных доказательств, что он (она/они) является (-ются) лицом (-ами), чье (чьи) имя (имена) указано (-ы) в настоящем документе, и подтвердивший (-ая/-ие) мне, что он/она/они подписали его в своем (своих) качестве (-ах), и, поставив его/ее/их подпись (-и) на настоящем документе, физическое (-ие) лицо (-а) или юридическое лицо, от имени которого действовало (-и) такое (-ие) физическое лицо (-а), исполнило (-и) настоящий документ.

ПОДПИСЬ ПРИСЯЖНОГО НОТАРИУСА**Пожалуйста, предоставьте следующую информацию (печатными буквами):**

Адрес представителя: _____

Телефон: _____ адрес e-mail: _____

**ПОДАЙТЕ ЭТУ ФОРМУ С ВАШИМ ЗАПРОСОМ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
СПРАВЕДЛИВЫХ УСЛУГ ПО ПОВЫШЕННЫМ СТАВКАМ**

Сохраните оригинал поданной вами формы разрешения на раскрытие конфиденциальной информации. Муниципальных школы г. Нью-Йорка (NYCPS) могут запросить его в целях проверки. Аффидавиты и разрешения на раскрытие конфиденциальной информации остаются в силе в течение одного года, если вы не предоставите письменное уведомление в отдел по предоставлению справедливых услуг по повышенным ставкам о том, что вы хотите отозвать свое согласие.