

**ФОРМА ЗГОДИ НА РОЗКРИТТЯ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ
ІНФОРМАЦІЇ — ПІДРОЗДІЛ РОЗШИРЕНИХ РІВНОПРАВНИХ
ПОСЛУГ ЗА ПІДВИЩЕНОЮ СТАВКОЮ**

Цю форму слід повністю заповнювати для всіх запитів, поданих до Підрозділу розширених рівноправних послуг за підвищеною ставкою адвокатами та представниками осіб, які не є адвокатами.

Батьки/опікуни, які подають власні запити, не зобов'язані подавати нотаріально завірону форму згоди на розкриття конфіденційної інформації. Просимо звернути увагу, що запити від адвокатів та представників, які не є адвокатами, без повністю заповненої, підписаної, датованої й нотаріально завіреної форми будуть відхилені.

Я уповноважую _____ допомагати мені представляти мою дитину, _____ (дата народження: ____/____/____) при поданні запиту на участь у Індивідуальній програмі надання освітніх послуг (IESP)/рівноправні послуги. Я надаю дозвіл Підрозділу розширених рівноправних послуг за підвищеною ставкою спілкуватися із зазначеною вище особою та дозволяю цій особі отримувати й переглядати будь-які матеріали, пов'язані з цим запитом. Це офіційне посвідчення дійсне протягом одного року з дати підпису, зазначеного нижче.

Я, _____ (друкованими літерами), прошу надати мені допомогу у реалізації послуг щодо участі в Індивідуальній програмі надання освітніх послуг (IESP)/послуг за підвищеною ставкою для зазначеного вище учня. Подаючи цей запит, я підтверджую, що всі записи, пов'язані з цим запитом, підлягають аудиту Державних шкіл Нью-Йорка та/або органів міста Нью-Йорк. Я заявляю (або підтверджую) під страхом покарання за неправдиві свідчення, що вся вищезазначена інформація є правдивою та достовірною, а також в мене є повноваження для подання цього запиту.

ІМ'Я БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ
(ВПИСАТИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)

ПІДПИС БАТЬКА (МАТЕРІ) /
ОПІКУНА І ДАТА

АДРЕСА/НОМЕР КВАРТИРИ

МІСТО, ШТАТ, ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ЕЛ. ЛИСТ

Зберігайте оригінал форми згоди на розкриття конфіденційної інформації, яку ви подаєте. Департамент публічної шкільної міста Нью-Йорк (NYCPS) може запросити її для перевірки. Аффідевіти й форми згоди на розкриття конфіденційної інформації залишаються дійсними протягом одного року, якщо ви не надішлете Підрозділу розширених рівноправних послуг за підвищеною ставкою письмового повідомлення про відкликання вашої згоди.

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ УЧНЯ: _____

НОМЕР NYCID УЧНЯ: _____

ШТАТ: _____

ОКРУГ: _____

_____ року я, нижчепідписаний нотаріус зазначеного штату, у присутності _____, особи, особисто відомої мені чи підтвердив свою особистість на основі задовільних доказів, свідчу підпис цієї особи, а також підтверджую, що, поставивши свій підпис на цьому документі, фізична особа або особа, від імені якої діяла така фізична особа, виконала цей документ.

ПІДПИС ПРИСЯЖНОГО НОТАРІУСА

Будь ласка, надайте наступну інформацію (розбірливо друкованими літерами):

Адреса представника: _____

Номер телефону: _____ адреса електронної пошти: _____

ПОДАЙТЕ ЦЮ ФОРМУ РАЗОМ ІЗ ВАШИМ ЗАПИТОМ ДО ПІДРОЗДІЛУ РОЗШИРЕНИХ РІВНОПРАВНИХ ПОСЛУГ ЗА ПІДВИЩЕНОЮ СТАВКОЮ

Зберігайте оригінал форми згоди на розкриття конфіденційної інформації, яку ви подаєте. Департамент публічної шкільної міста Нью-Йорк (NYCPS) може запросити її для перевірки. Аффідевіти й форми згоди на розкриття конфіденційної інформації залишаються дійсними протягом одного року, якщо ви не надішлете Підрозділу розширених рівноправних послуг за підвищеною ставкою письмового повідомлення про відкликання вашої згоди.