NYC Public Schools

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ УЧНЯ: ______________________
УНІКАЛЬНИЙ НОМЕР СТУДЕНТА НЬЮ-ЙОРКА (NYCID) ________________

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 завірену 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. Ця авторизація дійсна протягом одного року з дати підпису, зазначеної 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 Публічних шкіл Нью-Йорка та/або органів міста Нью-Йорк. Я присягаю (або підтверджую), під загрозою кримінальної відповідальності за лжесвідчення, що всі вищенаведені відомості є правдивими та точними.

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ БАТЬКА (МАТЕРІ)/ОПІКУНА (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	ПІДПИС БАТЬКА (МАТЕРІ)/ОПІКУНА і ДАТА
АДРЕСА/НОМЕР КВАРТИРИ	МІСТО, ШТАТ, ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	ЕЛ. ПОШТА

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
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.

Дата 19/08/2024 р.