

CDCI CARES टीम सेवाहरूको लागि अभिभावकको अनुमति
र व्यक्तिगत रूपमा पहिचान योग्य जानकारीको रिलीजको लागि सहमति

म को अभिभावक/कानूनी अभिभावक हुँ।

म मेरो बच्चाको विद्यालयको टोली र विद्यालयको लागि अनुमति दिन्छु:

--मेरो बच्चाको विद्यालय कार्यक्रमको योजना र कार्यान्वयनमा सहयोग गर्न CDCI CARES टीम र सम्बन्धित UVM का कर्मचारीहरूबाट परामर्श सेवाहरू अनुरोध गर्न र प्राप्त गर्न।

--IEP को परामर्श र सम्बन्धित योजना र कार्यान्वयनको क्रममा प्रयोगको लागि CDCI CARES टीम सँग मेरो बच्चाको शैक्षिक रेकर्डहरूबाट जानकारी आदानप्रदान गर्न। थप रूपमा, म CDCI CARES टोली र सम्बन्धित UVM कर्मचारीहरूलाई मेरो बच्चाको शिक्षा टोलीसँग जानकारी साझा गर्नको लागि सहमति प्रदान गर्दछु।

म बुझ्दछु की :

CDCI CARES टीम सेवाहरूले शैक्षिक सेटिङहरूमा मेरो बच्चाको अवलोकन जस्ता सेवाहरू समावेश गर्न सक्छन् (घरमा पनि/सहित , यदि मेरो बच्चाले त्यहाँ IEP/504 आवास सेवाहरू प्राप्त गरिरहेको छ भने), टोली बैठकहरूमा सहभागिता, मेरो बच्चाको आवश्यकताहरूको बारेमा मसँग र स्कूलका कर्मचारीहरू र सेवा प्रदायकहरूसँग कुरा गर्ने, र प्रशिक्षण र/वा सिफारिसहरू प्रदान गर्ने।

यी सेवाहरूको लागि मेरो परिवारलाई कुनै शुल्क लाग्दैन।

गोपनीयता आवश्यकताहरू विद्यालय र CDCI CARES टीम द्वारा अवलोकन गरिनेछ।

जब सम्म CDCI CARES टीम टोली/विद्यालय जिल्लाले IDHHDB परामर्श अनुरोध बन्द गर्दैन, वा यदि मैले CDCI CARES टोली सेवाहरूको लागि सहमति रद्द नगरेसम्म CDCI CARES टीम सेवाहरू निरन्तर रूपमा जारी रहनेछ।

यदि म अब मेरो बच्चाको शैक्षिक कार्यक्रमको सन्दर्भमा CDCI केयर टोलीसँग परामर्श लिन चाहन्न भने भविष्यमा कुनै पनि समयमा लिखित रूपमा यो सहमति रद्द गर्न सक्छु।

अभिभावक/अभिभावकको हस्ताक्षर:

मिति:

अभिभावक/अभिभावकको नाम छान्नुहोस्:

घरमा प्रयोग हुने भाषा:

बच्चाको नाम:

विद्यालय जिल्ला/विद्यालयको नाम:

अतिरिक्त सहमतिहरू

टोली द्वारा प्रयोगको लागि फोटो र रेकर्डिङ।

म CDCI केयर टोलीसँग र मेरो बच्चाको विद्यालयलाई सिफारिसहरू र कार्यान्वयन गर्न निर्धारण गर्न र प्रदान गर्न मद्दत गर्न मेरो बच्चाको फोटो, रेकर्ड, अडियो र/वा भिडियोको लागि सहमति दिन्छु। यी वस्तुहरू केवल CDCI केयर टोलीसँग

सदस्यहरू र विद्यालयल टोलीसँग र मेरो बच्चाको प्रोग्रामिड योजना र/वा कार्यान्वयनमा संलग्न स्कूल टोली सदस्यहरूसँग साझेदारी गरिनेछ।

मिति अभिभावक/अभिभावकको हस्ताक्षर

इ-मेल को प्रयोग।

CDCI केयर टोलीका सदस्यहरू र म बीचको गोप्य पत्राचारको लागि इ-मेलको प्रयोग गर्न म सहमत छु।

मिति अभिभावक/अभिभावकको हस्ताक्षर

चिकित्सा र/वा अन्य तेस्रो पक्ष जानकारी जारी गर्न सहमति

मेरो बच्चाको लागि सेवाहरूको योजना र कार्यान्वयनमा CDCI केयर टोलीका र मेरो बच्चाको स्कूलको शैक्षिक टोलीलाई सहयोग गर्न, म CDCI केयर टोलीका र मेरो बच्चाको विद्यालयलाई टोलीलाई मेरो बच्चाको शैक्षिक रेकर्ड र जानकारी खुलाउन अनुमति दिन्छु, तल नाम दिइएको व्यक्ति(हरू), एजेन्सी(हरू), वा संस्था(हरू) लाई, र तल नाम दिइएको व्यक्ति(हरू)/संगठन(हरू) लाई मेरो बच्चाको बारेमा जानकारी र/वा रेकर्डहरू CDCI केयर टोलीका टोलीसंग खुलासा गर्नको लागि।

बच्चाको नाम:

व्यक्ति, एजेन्सी वा अन्य तेस्रो पक्ष(हरू) को नाम(हरू):

अभिभावक/अभिभावकको हस्ताक्षर मिति

CDCI केयर टोली पत्राचार ठेगाना:

CDCI CARES Team

c/o UVM center on Disability & Community Inclusions

317 Mann Hall

208 Colchester Ave

बर्लिङ्गटन, VT ०५४०५

CDCI केयर टोली सम्पर्क नम्बरहरू:

ड्यारिन McIntyre, Co-Director

८०२-६५६-११३२

Valerie LeClair, रेफरल विशेषज्ञ :

८०२-६५६-७१२२

इ - मेल ठेगाना :

cdcicaresteam@uvm.edu

गोप्य फ्याक्स ८४४ ७७५ ७२८३