



Formulario de Permiso de los Padres para Servicios del Equipo CDCI CARES y Consentimiento para la Divulgación de Información Personalmente Identificable

Soy el padre o tutor legal de:

.

Doy permiso para que el equipo escolar y la escuela de mi hijo/a:

- Para solicitar y recibir servicios de consulta del Equipo CDCI CARES y personal relacionado de UVM para apoyar la planificación e implementación del programa escolar de mi hijo/a.
- Para intercambiar información de los expedientes educativos de mi hijo/a con el equipo de CDCI CARES para su uso durante la consulta y planificación relacionada e implementación del IEP. Además, doy mi consentimiento para que el equipo CDCI CARES y personal relacionado de UVM compartan información con el equipo educativo de mi hijo/a.

Entiendo que:

- Los servicios del Equipo CDCI CARES pueden incluir tales servicios como observación de mi hijo/a en sus entornos educativos (incluyendo el hogar, si mi hijo/a está recibiendo servicios de adaptación IEP/504 allí), participación en reuniones del equipo, hablar conmigo y el personal escolar y los proveedores de servicios sobre las necesidades de mi hijo/a, y proporcionar entrenamiento y/o recomendaciones.
- Estos servicios son gratuitos para mi familia.
- El Equipo CDCI CARES respetará los requisitos de confidencialidad.
- Los servicios del Equipo CDCI CARES continuarán de forma permanente, a menos que el Equipo CDCI CARES/distrito escolar ya no solicite la consulta de DHHDB consultation o si revoco el consentimiento para los servicios del Equipo CDCI CARES.
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento en el futuro si ya no deseo que el Equipo CDCI CARES haga consultas con respecto a la programación educativa de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor en letra de molde: _____

Idioma que se usa en el hogar: _____

Nombre del Niño/a: _____

Distrito Escolar/Nombre de la Escuela: _____

Consentimientos Adicionales

Fotografías y grabaciones para el Uso del Equipo.

Doy mi consentimiento para que el Equipo CDCI CARES y la escuela de mi hijo/a para tomar fotografías, grabaciones, audio y/o video de mi hijo/a para ayudar en la determinación y proporcionar recomendaciones para acceso a comunicación educacional e implementación de de las adaptaciones recomendadas. Estos elementos se compartirán solamente con miembros del Equipo de CDCI CARES y miembros del equipo escolar que participan en la planificación y/o implementación en la programación de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor

Fecha: _____

Uso de correo electrónico.

Autorizo el uso de correo electrónico para correspondencia confidencial entre el Equipo CDCI CARES, miembros del equipo escolar y yo.

Firma de Padre/Tutor

Fecha: _____

Consentimiento para la Divulgación de Información Médica y/o Terceros

Para ayudar al Equipo CDCI CARES y el equipo educativo de la escuela de mi hijo/a en la planificación e implementación de servicios para mi hijo/a, autorizo al Equipo CDCI CARES y al equipo escolar de mi hijo/a a divulgar expedientes académicos e información sobre mi hijo/a a los individuos, agencias u organizaciones mencionadas a continuación, y para los individuos/organizaciones mencionadas a continuación para divulgar información y/o expedientes sobre mi hijo/a al Equipo CDCI CARES y el equipo escolar.

Nombre del Niño/a _____

Nombre(s) de Persona, Agencia u Otros Terceros:

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Dirección Postal del Equipo CDCI CARES:

CDCI CARES Team

c/o UVM Center on Disability & Community Inclusion
317 Mann Hall
208 Colchester Ave
Burlington VT 05405

Información de contacto del Equipo CDCI CARES

Darren McIntyre, Co-Director
(802) 656-1132

Valerie LeClair, Especialista de
Recomendación (802) 656-7122

Correo electrónico: cdcicares.team@uvm.edu

Fax Confidencial: (844) 775-7283