



Odobrenje za razmjenu informacija

Ime učenika: _____ Datum rođenja: ____ / ____ / ____

Adresa: _____ Broj telefona: _____

Roditelj/staratelj/odabrani učenik (stariji od 18 samostalno odlučuje): Vaš potpis na ovom *Odobranje za razmjenu informacija* će omogućiti pojedincima, programima, organizacijama i ustanovama navedenim na stranici broj 2 ovog *odobrenja*, da razmjene informacije dole navedene.

Svrha razmjene informacija je: _____

Vaš potpis će dati Vašu saglasnost za razmjenu slijedećih specifičnih informacija:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicinsko stanje | <input type="checkbox"/> Trenutna terapija lijekovima/tretmani |
| <input type="checkbox"/> Preporuke za školu | <input type="checkbox"/> Ostalo _____ |

Informacije iz slijedećih područja ne mogu biti razmijenjene bez Vaše posebne saglasnosti. Vaš potpis će dati Vašu posebnu saglasnost za razmjenu informacije u navedim područjima:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mentalno zdravlje | <input type="checkbox"/> Korištenje i zloupotreba hemijski ovisnih tvari |
| <input type="checkbox"/> Seksualno prenosive bolesti | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA |

Vaš potpis će dati Vašu saglasnost da razmjena informacija bude obavljena na načine dole navedene:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | <i>Razmjena pismenih bilješki</i> opisanih u ovom odobrenju, od strane konkretno navedenih agencija i pojedinaca |
| <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Ne | <i>Usmena razmjena informacija</i> opisanih u ovom odobrenju, od strane konkretno navedenih agencija i pojedinaca |

Prije nego date Vašu saglasnost za razmjenu informacija, molimo Vas da slijedeće pročitate vrlo pažljivo:

Ovo odobrenje vrijedi do navedenog dana, ____ / ____ / ____, ili do proteka vremenskog roka od jedne godine nakon potpisivanja odobrenja, šta god da prvo nastupi. Vi možete povući ovo odobrenje bilo kada, u pismenoj formi, ali to neće utjecati na informacije koje su razmijenjene prije Vašeg zahtjeva za povlačenjem odobrenja. Svi članovi IEP tima, te ostale adekvatne osobe, za koje se smatra da imaju valjane obrazovne interese, mogu razmotriti primljene informacije. Informacijama se mogu takođe služiti i ubuduće, uključujući i slučaj kada se učenik preseli, za svrhu donošenja IEP odluka.

Zakon o odgovornosti i valjanosti zdravstvenog osiguranja (HIPAA)/Obavijest o zakonu o obrazovnim pravima i privatnosti (FERPA). Ijedna i sve informacije koji identifikuju djecu i porodice koje primaju usluge specijalnog obrazovanja, a koje su plaćene iz fondova utvrđenim Zakonom o obrazovanju osoba sa smetnjama (20 U.S.C. §1400 et seq.) su zaštićene od neovlaštenog otkrivanja po FERPI. Informacije koje identifikuju osobu, zaštićene FERPOM, su posebno **izuzete** od HIPAA regulacija o privatnosti. FERPA zabranjuje otkrivanje osobnih identifikacijskih informacija bez saglasnosti roditelja, osim u ograničenom broju okolnosti, te zahtijeva da porodica djeteta bude obaviještena u vezi njihovih prava na privatnost, te obavezuje pružaoce usluga da vode bilješke o tome koje je sve imao pristup informacijama o djetetu, te nadalje sadržava žalbene i predtužbene postupke koji se primijenju u slučajevima rasprave oko zapisa u vlasništvu specijalnog obrazovanja ili pružaoce usluga, među ostalim propisima. Svi pružaoce usluga specijalnog obrazovanja moraju poštovati ove propise.

Ukoliko imate nekih pitanja, molimo Vas da nazovete:

Osoba za kontakt: _____ Okrug/agencija: _____

Adresa: _____ Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Broj telefona: _____ e-mail: _____

Ime učenika: _____ Datum rođenja: ____ / ____ / ____

Ja razumijem svoja prava koja se odnose na razmjenu informacija. Prema uslovima opisanim na strani broj 1 ovog *Odobrenja za razmjenu informacija*, ja dajem svoju dozvolu za razmjenu informacija sa _____ (upiši broj) pojedincem, programom, organizacijom i dole navedenoj ustanovi.

Potpis roditelja, staratelja ili odabranog učenika

Datum

1. Ime:	2. Ime:
Agencija/U odnosu:	Agencija/U odnosu:
Adresa: _____ _____ _____	Adresa: _____ _____ _____
Broj telefona:	Broj telefona:
Broj faxes:	Broj faxes:

3. Ime:	4. Ime:
Agencija/U odnosu:	Agencija/U odnosu:
Adresa: _____ _____ _____	Adresa: _____ _____ _____
Broj telefona:	Broj telefona:
Broj faxes:	Broj faxes:

5. Ime:	6. Ime:
Agencija/U odnosu:	Agencija/U odnosu:
Adresa: _____ _____ _____	Adresa: _____ _____ _____
Broj telefona:	Broj telefona:
Broj faxes:	Broj faxes: