



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO EN EL PROGRAMA DE CUOTAS FEDERALES DE AMERICAN PRINTING HOUSE FOR THE BLIND

Entiendo que muchas agencias proporcionan una variedad de servicios y beneficios. Para determinar la elegibilidad, las agencias deben tener información personal identificable sobre los individuos que califican para la asistencia. Al firmar este formulario, estoy permitiendo que el distrito/agencia que aparece a continuación intercambie información personal para proporcionar y/o coordinar eficazmente los servicios y beneficios entre el distrito/agencia y la American Printing House for the Blind (APH).

A. Doy mi consentimiento informado para que la información personal identificable relativa a mi hijo sea intercambiada/compartida mutuamente entre el siguiente distrito/agencia y el administrador de APH, Outreach Services, Missouri School for the Blind, Missouri Department of Elementary and Secondary Education (DESE), 3815 Magnolia Avenue, St. Louis, MO 63110, fax: 314-773-3762.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con el director de educación especial o Gabrielle Borders, la administradora de APH para DESE al 314-633-1551 o Gabrielle.Borders@msb.dese.mo.gov.

| | | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL | | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A | | FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A |
| NOMBRE DE LA AGENCIA/DISTRITO | | | DIRECCIÓN | |
| ESTADO | CÓDIGO POSTAL | NÚMERO DE TELÉFONO DEL DISTRITO | NÚMERO DE FAX DEL DISTRITO | |

B. El propósito de la información solicitada/compartida es:

- Ayudar a determinar la elegibilidad de los estudiantes con ceguera legal para los Fondos de la cuota federal de APH
- Obtener Fondos de la cuota federal de la APH para proporcionar libros de texto y/o productos educativos en formatos alternativos para los estudiantes con ceguera legal

C. La información personal identificable que se autoriza a intercambiar/compartir incluye:

- Nombre completo del estudiante
- Fecha de nacimiento
- Función visual (por ejemplo, agudeza visual, campo visual, funciones de definición de la ceguera o una combinación de funciones)
- Distrito escolar/agencia
- Asignación de grado
- Medio de lectura primario y secundario
- Lengua utilizada para la enseñanza

D. Este consentimiento incluye la confirmación/compartición de los siguientes tipos de información entre dicho distrito/agencia y el Administrador de oficio de APH para confirmar la documentación y la elegibilidad:

- Confirmación de un informe médico/oftalmológico completo que incluya una fecha de servicio especificada en los últimos 3 años o un informe anterior con la verificación de que la función visual no ha cambiado
- Confirmación de un plan de educación por escrito (por ejemplo, el Programa Educativo Individualizado (IEP), Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP), Plan 504 u otro plan escrito)
- Indicación de la existencia de la(s) evaluación(es) actual(es) de la visión (por ejemplo, evaluación de la visión funcional, evaluación de los medios de aprendizaje, evaluación de la baja visión)

La documentación anterior (sección D) debe **conservarse a nivel de distrito/agencia** como prueba de elegibilidad en caso de auditoría; no es necesario compartir los documentos reales a menos que se soliciten.

Entiendo que:

- Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo la información en este formulario
- Tengo derecho a revocar esta divulgación en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta divulgación, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Coordinador de servicios para:
Ex Officio Trustee to APH
Missouri School for the Blind – Outreach
Services 3815 Magnolia Avenue, St. Louis, MO
63110 - Teléfono: 314-633-1551
- Entiendo además que NO se afectarán las acciones que ya se hayan tomado basadas en esta divulgación antes de la revocación
- Esta divulgación de información continuará en efecto mientras el estudiante permanezca en el distrito/agencia informante

| | | | | |
|-----------------------------------|-------|--------------------|---------------|--------------------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL | FECHA | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| DIRECCIÓN | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | NÚMERO DE TELÉFONO |

Si un representante personal de la persona firma la divulgación, por favor, incluya una descripción de la autoridad a nombre del niño y adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

“Distrito/Agencia” incluye todas las agencias educativas locales, agencias educativas estatales, privadas, concertadas y a domicilio.

El Departamento de Educación Primaria y Secundaria no discrimina en sus programas y actividades por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, nacionalidad, edad, condición de veterano, discapacidad mental o física, o cualquier otro motivo. Las preguntas sobre los programas del Departamento y la ubicación de los servicios, actividades e instalaciones accesibles para personas con alguna discapacidad pueden dirigirse a Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; número de teléfono 573-526-4757 o TTY 800-735-2966; fax 573-522-4883; correo electrónico civilrights@dese.mo.gov.