Updated 4/25/2017

Referral to School District for Children ages 3+

Date/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Guardian/Nombre del padre/encargado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Last Name/Apellido First Name/Nombre

Address/Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone Number/Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email/Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child’s Name/Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Birthdate/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dear District Special Education Director/Estimado Director(a) de Educación Especial:

I am writing this letter because I have the following concerns about my child:

La razón de esta carta es porque tengo las siguientes preocupaciones acerca de mi hijo (a):

Based on these concerns, I am requesting that you consider identifying (screening) and completing an assessment to determine special education eligibility.

En base a estas preocupaciones, estoy solicitando que considere tomar una prueba y completar una evaluación para determinar elegibilidad de educación especial.

Thank you./Gracias.

Sincerely/Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent Signature/Firma del Padre

**SONOMA COUNTY SELPA**

California Early Intervention Services Act, Sections 52160 and 52169

# CONSENT TO RELEASE OR EXCHANGE INFORMATION

**CHILD'S NAME:**  **DATE OF BIRTH:**

**DISTRICT/SCHOOL:**

Written parental consent shall be obtained before personally identifiable information is disclosed in writing or orally to anyone other than authorized employees specified by the school district. You need to know that:

* You choose which agencies shall exchange information.
* You may refuse to sign this exchange form.
* Information about your child and family is strictly confidential. Your child’s school maintains records specifying the source of the information, the date and purpose of any disclosure, and with whom information was shared.
* These records will help in evaluation, assessment and IEP development for your child.
* You have the right to review records.
* Your rights are preserved under: Title 34 Code of Federal Regulations; Family Education Rights Privacy Act of 1974, Title 20 of the United States Code, Section 1232 (g), Title 34 Code of Federal Regulations, Section 99.
* This consent is good for one year unless you withdraw your consent before that time.

I give permission for to exchange information relevant to my child’s educational needs with the following agency/agencies. Please initial the box(es) below to permit the exchange of information about your child with the specified agency/agencies.

*(Space after agency name may be used for phone and/or fax information.)*

Audiologist: OT and/or PT:

California Children’s Services: Other Medical Specialist:

Community Child Care Resources: Primary Care Physician/Clinic:

County Offices of Education: Public Health Nursing:

Dept. of Mental Health: Regional Center:

Dept. of Rehabilitation: Speech Therapist:

Family Resource Centers: Other:

Human/Social Services Dept: Other:

Infant Development Program: Other:

*A photocopy of this form shall be as valid as the original. I understand that I am to receive a copy of this authorization.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parent/Guardian: |  | Date: |
| Parent/Guardian: |  | Date: |

Please return information to:

District Name:

Address:

Attention:

Phone: Fax:

Sonoma County SELPA Form 42a - Consent to Release or Exchange Information; (To be signed every year or when parents request changes.)

Revised 10/09

## SELPA DEL CONDADO DE SONOMA

Ley de California de Servicios de Intervención Temprana, Secciones 52160 y 52169

**CONSENTIMIENTO PARA DAR O INTERCAMBIAR**

**INFORMATION**

**NOMBRE DEL NIÑO/A:**  **FECHA DE NACIMIENTO:**

**DISTRITO/ESCUELA:**

Se deberá obtener consentimiento por escrito antes de divulgar información personal identificable sea por escrito u oralmente a cualquier persona a parte de empleados autorizados especificados por el distrito escolar. Usted debe saber que:

* Usted escoge cuales agencias intercambiarán información.
* Usted puede rehusar firmar este formulario de intercambio.
* La información acerca de su niño/a y de su familia es estrictamente confidencial. La escuela de su hijo/a mantiene un récord especificando la fuente de la información, la fecha y propósito de la divulgación y con quién se compartió la información.
* Este récord ayudará en la evaluación, examen y el desarrollo del IEP para su hijo/a.
* Usted tiene el derecho de revisar el récord.
* Sus derechos están preservados bajo: Título 34 del Código de Regulaciones Federales; La Ley de Privacidad de Derechos de Familias de 1974, Título 20 del Código de Los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34, Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
* Este consentimiento es vigente por un año a menos que usted lo retire antes de cumplirse el año.

Yo doy mi permiso para que intercambie información relevante a las necesidades educativas de mi hijo/a con las siguiente(s) agencia(s). Favor de poner sus iniciales en el cuadrito (s) a continuación para permitir el intercambio de información acerca de su hijo/ con la agencia (s) especificada(s).

*(El espacio al lado de la agencia puede ser usado para el teléfono o número de fax.)*

Audiólogo: Terapia Física/Ocupacional:

Servicios de California para Niños: Otro Especialista Médico:

Recursos Comunitarios de Guardería: Doctor/Clínica de Cabecera:

Oficinas de Educación de Condado: Enfermera de Salud Pública:

Dep. de Salud Mental: Centro Regional:

Dep.. de Rehabilitación: Terapeuta del Habla:

Centro de Recursos Familiares: Otro:

Dep. de Servicios Sociales/Humanos: Otro: Programa de Desarrollo Infantil: Otro:

*Una fotocopia de este formulario será tan válida como el original. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Padre/Guardián: |  | Fecha: |
| Padre/Guardián: |  | Fecha: |

Favor de regresar la información a:

Nombre del Distrito:

Dirección:

Atención:

Teléfono: Fax:

Sonoma County SELPA Form # 42a - Consent to Release or Exchange Information; (To be signed every year or when parents request changes.)

Revised 10/09