



***** Información individual del contacto *****

Nombre del individuo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Tutor legal / cuidador (si procede): _____
Dirección: _____
Ciudad y Código postal: _____ Provincia: _____
Teléfono del individuo: _____ e-mail: _____
Escuela distrito / Escuela y nombre del Maestro (si aplica) _____ En la escuela fuera de la escuela

Agencia de DDSN o nombre del proveedor y gestor de caso (si es aplicable)

***** Información publicada *****

En un esfuerzo por aumentar la comunicación y planificación de la transición efectiva del individuo arriba mencionado, se otorga permiso para el intercambio de información confidencial, incluyendo, pero no limitado a información sobre la discapacidad y la elegibilidad, las metas y los servicios prestados por las agencias designadas a continuación. Entiendo que esta información es necesaria para la planificación de la transición y la coordinación de los organismos enumerados a continuación. Entiendo que esta información se llevará a cabo estrictamente confidencial y está protegida bajo las leyes estatales y federales, además, esta información no puede ser liberada por el beneficiario o de otros partidos sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga otra cosa en la ley y los reglamentos. También entiendo que esta versión se mantendrá en efecto hasta que yo revoque mi consentimiento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La firma indica un consentimiento para la divulgación y el intercambio de información confidencial (como sigue: evaluaciones de prueba / psicoeducativa / información médica con respecto a la discapacidad, Planes de Educación Individual (IEP), Planes Individuales de Empleo (IPE) y / o plan individual de apoyo para empleo (IPSE), y la información sobre la elegibilidad y los servicios) y otra información que se considere necesario para la planificación de la transición entre las agencias indicadas:

Estoy de acuerdo con la distribución de esa información a través de los siguientes organismos (marque lo que corresponda):

- _____ Departamento de discapacidades y necesidades especiales de de Carolina del Sur; Proveedores de servicios de DDSN, administradores de casos y del personal de la Universidad de Carolina del Sur Centro del Centro de Recursos de Discapacidad.
- _____ Maestros del distrito escolar local / personal (Por favor escriba distrito escolar de aquí: _____)
- _____ Carolina del Sur Departamento Profesional y / o Comisión de Rehabilitación para Ciegos
- _____ ABLE-SC, accesibilidades, Opciones de Walton
- _____ Otras agencias como se indica: _____

Firma del individuo: _____ Fecha: _____

Tutor legal (si procede): _____