

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

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.
• 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.)

- Checkboxes for: Audiologist, California Children's Services, Community Child Care Resources, County Offices of Education, Dept. of Mental Health, Dept. of Rehabilitation, Family Resource Centers, Human/Social Services Dept, Infant Development Program, OT and/or PT, Other Medical Specialist, Primary Care Physician/Clinic, Public Health Nursing, Regional Center, Speech Therapist, 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: \_\_\_\_\_

SELPA DEL CONDADO DE SONOMA

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.
• Este récord ayudará en la evaluación, examen y el desarrollo del IEP para su hijo/a.
• 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.

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 cuadro (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.)

- Checkboxes for agencies: Audiólogo, Servicios de California para Niños, Recursos Comunitarios de Guardería, Oficinas de Educación de Condado, Dep. de Salud Mental, Dep. de Rehabilitación, Centro de Recursos Familiares, Dep. de Servicios Sociales/Humanos, Programa de Desarrollo Infantil, Terapia Física/Ocupacional, Otro Especialista Médico, Doctor/Clinica de Cabecera, Enfermera de Salud Pública, Centro Regional, Terapeuta del Habla, Otro, Otro, 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: \_\_\_\_\_