



PERMISSION TO RELEASE OR EXCHANGE INFORMATION
Portland Public Schools

Date _____

STUDENT NAME _____ BD _____ PPS ID# _____

SCHOOL _____ GRADE _____

As Parent/Guardian/Surrogate Parent or Adult Student (circle one), I authorize the release and exchange of confidential information between Portland Public Schools and:

Table with 3 columns: Name/Agency/Suggested Contact, Telephone/Fax, Address, City, State, Zip

The disclosure is to be used for the following purposes:

- To support student's educational needs
To determine special education needs
Alcohol and drug evaluation and/or treatment for a student, and referrals to school/other services
Mental health evaluation and/or treatment for a student, and referrals to school/other services
Medical and health needs
Program evaluation
Other
(specify): _____

Information released will include the following specific records:

- Student Information (may include student's name, address, telephone listing, photograph, date and place of birth)
Academic Information
Attendance Information
Family Background Data
Psychological Reports
Psychoeducational Reports
Social Work Reports
Medical Information and Reports
Individualized Education Program (IEP)
Attendance at Meetings or Appointments
Discipline Data (referrals, suspensions, expulsions)
Recommendations and Referrals
Alcohol/Drug Information and Reports
Mental Health Information and Reports
Other (specify): _____

The District reserves the right to charge for the costs of providing records. The authorization is valid for two years unless otherwise specified. HIPAA requires that the school district/EI/ECSE program give a copy of the authorization form to individuals who sign it and request a copy.

I hereby approve the release of information as indicated above. I have read and understand the terms of this Authorization and I have had an opportunity to ask questions about the use and disclosure of my health information. Any records containing drug and alcohol information maintained by the Agency or the District are additionally protected under the provisions of 42 CFR Chapter 1, Subchapter A, Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records and may not be further disclosed without specific authorization for such disclosure. By my signature, I hereby, knowingly and voluntarily authorize the above named agency/provider to use or disclose this information, including health information, in the manner described above. I may revoke this authorization in writing at any time. Such revocation may not be retroactive.

x _____
Parent/Guardian/Surrogate/Adult Student Date

Please Print Name

Student signature is ONLY required when requesting mental health or alcohol/drug related information for a student who is 14 years of age or older.

x _____
Student Date

Please Print Name

Authorization expires on _____ (month/day/year), not to exceed two years from date of signature(s) above

Please Send Records to:

Portland Public Schools or Department _____

Staff Name/ Title _____

Address, City, State, Zip _____

Phone _____ Fax _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОБМЕН ИЛИ ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Портлендские государственные школы

Дата _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ _____ Д/Р _____ PPS No. ученика _____

ШКОЛА _____ КЛАСС _____

Как родитель/опекун/суррогатный родитель или взрослый учащийся (нужное обвести), я даю согласие на выдачу и обмен конфиденциальной информации между Портлендским государственным школьным округом и:

Имя, фамилия/организация/рекомендуемое контактное лицо	Телефон/Факс	Адрес, город, штат, почтовый индекс
	Тел.: Факс:	

Данное разрешение будет использоваться для следующих целей:

- Поддержания образовательных нужд учащегося
- Определения потребностей специального обучения
- Оценки употребления учеником алкоголя и наркотиков и/или для направления к специалистам в школе/другим специалистам
- Оценки психического здоровья учащегося и/или для направления к специалистам в школе/другим специалистам
- Медицинские потребности и потребности со здоровьем
- Оценки программы
- Другого (уточнить): _____

Выдаваемая информация будет включать следующие конкретные данные:

- Информацию об учащемся (в том числе: имя, фамилию, адрес, телефон, фотографию, дату и место рождения)
- Информацию об учёбе
- Информацию о посещаемости
- Данные о семье
- Отчёты психолога
- Психологические отчёты
- Отчёты социального работника
- Медицинскую информацию и отчёты
- Индивидуальную Программу Обучения (IEP)
- Посещение собраний и встреч
- Данные о дисциплине (направления, отстранение от занятий, исключение из школы)
- Рекомендации и направления
- Информацию и отчёты об алкоголе/наркотиках
- Информацию о психическом здоровье и отчёты
- Другое (уточнить): _____

Школьный округ оставляет за собой право взимать денежный взнос за предоставление отчётов. Разрешение действительно в течение двух лет, если не указано другой даты. Согласно положению HIPAA, каждый школьный округ/El/ECSE программа обязаны предоставить копию разрешения лицам, которые её подпишут и сделают запрос на копию.

Я, таким образом, даю разрешение на передачу информации, как это указано выше. Я прочитал(-а) и понимаю условия данного Разрешения и у меня была возможность задать вопросы об использовании и выдаче сведений о моём состоянии здоровья. Любые отчёты, содержащие информацию об использовании наркотиков и алкоголя, поддерживаемые организацией или шк. округом, дополнительно защищаются законом – согласно пунктам Положения 42 CFR, Главы 1, Раздела А, «Конфиденциальность отчётов пациентов о злоупотреблении алкоголем и наркотиками»; сведения нельзя передавать дальше без конкретного разрешения для такой выдачи информации. Таким образом, подписываясь ниже, я осознанно и добровольно даю разрешение вышеупомянутому агентству/организации использовать или выдавать эту информацию, в том числе, информацию о здоровье, описанным выше образом. Я имею право аннулировать данное разрешение в письменном виде в любое время. Такое аннулирование нельзя провести задним числом.

х _____
Родитель/Опекун/Суррогатный родитель/Взрослый ученик _____ Дата _____

Просьба написать имя и фамилию печатными буквами

Подпись ученика требуется ТОЛЬКО в том случае, если запрашиваемый отчёт о психическом здоровье или информация, относящаяся к алкоголю/наркотикам, - на ученика 14 лет или старше.

х _____
Ученик(-ца) _____ Дата _____

Просьба написать имя и фамилию печатными буквами

Срок действия разрешения истекает _____ (мес./день/год), и не должен превышать двух лет с даты подписи(-ей), указанной(-ых) выше

Просьба отправить документы в:

Портлендский государственный школьный округ или отдел _____

Имя и фамилия сотрудника/ должность _____

Адрес, город, штат, индекс _____

Телефон: _____ Факс: _____