



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:

Name/Agency/Suggested Contact	Telephone/Fax	Address, City, State, Zip
	Tel: Fax:	

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 _____



GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ HOẶC TRAO ĐỔI THÔNG TIN
Sở học chánh Portland

TÊN HỌC SINH _____ NGÀY THÁNG NĂM SINH _____ MÃ SỐ HỌC SINH _____ Ngày _____
TRƯỜNG _____ LỚP _____

Là Phụ huynh/Giám hộ/Cha mẹ nuôi hoặc Học sinh đã đủ tuổi trưởng thành (khoanh vòng tròn một lựa chọn), tôi cho phép tiết lộ hoặc trao đổi thông tin cần được giữ kín giữa Sở học chánh Portland và:

Tên/Cơ quan/Nơi liên hệ đề nghị:	Số điện thoại/Fax	Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, Zip
	Tel: Fax:	

Thông tin được tiết lộ được sử dụng cho các mục đích sau:

- Hỗ trợ nhu cầu giáo dục học sinh
- Quyết định nhu cầu giáo dục dành cho học sinh có yêu cầu đặc biệt
- Đánh giá và /hoặc chữa trị học sinh sử dụng thức uống có cồn và chất ma túy, và giới thiệu đến các trường/dịch vụ khác
- Đánh giá và /hoặc chữa trị học sinh mang bệnh liên quan đến sức khỏe tâm thần, và giới thiệu đến các trường/dịch vụ khác
- Nhu cầu y tế và sức khỏe
- Đánh giá chương trình
- Khác
(ghi cụ thể): _____

Thông tin được tiết lộ sẽ bao gồm các văn bản cụ thể như sau:

- Thông tin về học sinh (có thể bao gồm tên học sinh, địa chỉ, số điện thoại liên lạc, hình ảnh, ngày và nơi sinh)
- Kết quả học tập
- Thông tin số ngày nghỉ học
- Thông tin Cơ bản Gia đình
- Các báo cáo Tâm lý
- Các báo cáo đánh giá tâm lý trong học tập
- Các báo cáo công tác xã hội
- Các báo cáo và Thông tin Y tế
- Chương trình giáo dục thích hợp cho cá nhân (IEP)
- Thông tin tham dự các cuộc họp
- Thông tin kỷ luật (giấy kỷ luật, tạm ngưng, bị đuổi học)
- Giấy Đề cử và Giấy Giới thiệu
- Các báo cáo và thông tin về thức uống có cồn và chất ma túy
- Các báo cáo và thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần
- Khác (ghi cụ thể): _____

Sở học chánh có toàn quyền tính chi phí khi cung cấp các hồ sơ. Giấy cho phép này có giá trị trong vòng hai năm trừ khi có thông tin khác được nêu. HIPAA yêu cầu Sở học chánh/chương trình EI/ECSE cung cấp 1 bản sao của giấy cho phép này cho các cá nhân ký tên trong giấy cho phép và yêu cầu bản sao.

Tôi ký tên dưới đây chấp thuận cho phép tiết lộ các thông tin được nêu trên. Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản được nêu trong Giấy cho phép này và tôi đã có cơ hội để nêu các thắc mắc về việc sử dụng và tiết lộ các thông tin y tế của tôi. Bất cứ hồ sơ văn bản với các thông tin liên quan đến thức uống có cồn và chất ma túy được bảo quản bởi Cơ quan hay Sở học chánh ngoài ra còn được bảo vệ bởi điều khoản 42 CFR Chương 1, Phần A, Bảo Mật Hồ Sơ Văn Bản cho Bệnh nhân Lạm dụng Thức uống có cồn và Chất ma túy (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records), và có thể không được phép mở ra thêm lần nữa nếu không có sự cho phép theo yêu cầu cụ thể. Thông qua chữ ký dưới đây, tôi hiểu rõ và tự nguyện cho phép cơ quan/cá nhân nêu trên sử dụng hay tiết lộ thông tin này, kể cả thông tin y tế, trong khuôn khổ được mô tả như trên. Tôi có thể hủy bỏ quyền cho phép này bất cứ lúc nào bằng văn bản viết. Giấy hủy bỏ quyền cho phép không thể truy hồi hiệu lực về trước.

x _____ Ngày _____
Phụ huynh/Giám hộ/Cha mẹ nuôi/Học sinh đã đủ tuổi trưởng thành

Vui lòng ghi rõ họ tên bằng chữ in hoa

Chữ ký học sinh CHỈ cần khi yêu cầu các thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc các thông tin về thức uống có cồn và chất ma túy đối với học sinh 14 tuổi trở lên.

x _____ Ngày _____
Học sinh

Vui lòng ghi rõ họ tên bằng chữ in hoa

Giấy cho phép này có giá trị đến _____ (tháng/ngày/năm), không quá 2 năm kể từ ngày ký tên trên

Xin vui lòng gửi hồ sơ văn bản đến:

Sở học chánh Portland hoặc Phòng Ban Bộ phận _____

Tên nhân viên/ Chức vụ _____

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, Zip _____

Số điện thoại _____ Fax _____