

# BENTON-FRANKLIN HEAD START

## Exchange of Confidential Information/Обмен конфиденциальной информацией

Child's Name/Фам. и имя ребенка: \_\_\_\_\_ Date of Birth/ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Name/Фам. и имена родителей(опекунов): \_\_\_\_\_

Head Start Staff Making Request/ Персонал Head Start осуществляющий запрос: \_\_\_\_\_

Consent to exchange information is void after ninety (90) days. I hereby authorize the exchange of confidential information with the agency/person(s) listed below:

**Согласие на использование информации является недействительным по истечении 90 (девяносто) дней. Я даю свое разрешение на обмен конфиденциальной информацией с агентствами и (или) лицами, внесенными в список ниже:**

Benton Franklin Head Start

Name of Agency/ Название агентства

1549 Georgia Ave. SE, Suite B

Street Address/ Адрес: улица,

Richland, WA 99352

City, State, ZipCode/ Город, штат, zip код

(509)735-1062 (509)737-8492

Phone & Fax/ Телефон и факс

For the purpose of/ По причине: \_\_\_\_\_

Agency/Name of School/ Название агентства / школы

Street Address/ Адрес: улица,

City, State, ZipCode/ Город, штат, zip код

Phone & Fax/ Телефон и факс

Check all appropriate/ Отметьте все подходящие

☐ Family Records/ Отчет о семье

☐ Education Records/Отчет об образовании

☐ Servue Notes/Примечания из програм.Servue

☐ IEP/Behavior Plan/ IEP/ План по поведению

☐ Health/Nutrition/Mental Health/ Здоровье /  
Питание / Психическое состояние

☐ Birth Certificate/Свидетельство о рождении

☐ Immunization Record/ Отчет об иммунизации

☐ Other (specify)/ Другое (уточните)

I understand that the information obtained will be treated in a confidential manner and will not be transmitted to a third party without my permission. I also understand that it is my right to request a copy of all information and contest any information I feel is incorrect/ Мне известно, что с полученной информацией будут обращаться конфиденциально и не станут передавать ее третьему лицу без моего, на то, разрешения. Мне также известно, что я имею право запросить копию какой-либо информации и оспаривать любую информацию, которую считаю неверной.

Parent/Guardian Signature/ Подпись родителя(опекуна)

Enrollment Visit/Визит для регистрации

Date/ Дата

Parent/Guardian Signature/ Подпись родителя(опекуна)

Home Visit #1/ Визит-на-дом № 1

Date/ Дата

Parent/Guardian Signature/ Подпись родителя(опекуна)

Parent/Teacher Conf.#1/ Конференц. учителя с родит. № 1

Date/ Дата

Parent/Guardian Signature/ Подпись родителя(опекуна)

Home Visit #2/ Визит-на-дом № 2

Date/ Дата

Parent/Guardian Signature/ Подпись родителя(опекуна)

Parent/Teacher Conf. #2/ Конференц. учителя с родит. № 2

Date/ Дата

Parent/Guardian Signature/ Подпись родителя(опекуна)

Home Visit #3/ Визит-на-дом № 3

Date/ Дата

Перевод с англ. Лилии Мосес