



**Department of
Education &
Workforce**



**Assistive Technology &
Accessible Educational
Materials Center**
POWERED BY OCALI



**American Printing House
for the Blind, Inc.**

ДОЗВІЛ НА РЕЄСТРАЦІЮ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ФЕДЕРАЛЬНОЇ КВОТИ

Ім'я учня/заявника _____

Ім'я батьків/опікуна або заявника: _____

Щорічно Департамент освіти та робочої сили штату Огайо, Управління по роботі з винятковими дітьми (Ohio Department of Education and Workforce, Office for Exceptional Children) проводить щорічну реєстрацію сліпих учнів у штаті Огайо. Ця реєстрація, що проводиться від імені Департаменту Центром допоміжних технологій та доступних навчальних матеріалів (Assistive Technology & Accessible Educational Materials Center, AT&AEM) в OCALI, відбудеться в січні і є вимогою Федерального закону про сприяння освіті сліпих учнів, який був прийнятий у 1870 році. Цей закон надає штату Огайо федеральні кошти на придбання адаптованих навчальних матеріалів та устаткування, необхідних сліпим учням.

Ця реєстрація не вплине на поточне місце навчання або навчальну програму особи, що реєструється. Щоб полегшити цю реєстрацію, постачальник освітніх послуг вашого учня заповнить реєстраційну форму та відправить її до центру AT&AEM, який у свою чергу виконає необхідну федеральну реєстрацію.

Дійсним я дозволяю (місцевому шкільному округу) передавати мою особисту інформацію/особисту інформацію мого учня наступним чином: передавати прізвище, ім'я, середнє ім'я, дату народження, шкільний округ, клас навчання, зорові функції, основний та додатковий засіб для читання незрячих, а також перехресне посилання на братів та сестер, які також зареєстровані (щоб уникнути дублювання реєстрації) наступним особам:

- призначеному регіональному представнику з перепису АРН (наприклад, вчителю для осіб зі слабким зором, координатору спеціальної освіти, фахівцю з втручання тощо)
- Центру допоміжних технологій та доступних навчальних матеріалів (AT&AEM)
- Департамент освіти та робочої сили штату Огайо, Управління по роботі з винятковими дітьми (Ohio Department of Education and Workforce, Office for Exceptional Children)
- Американська друкарня для сліпих (APH)

Вся медична інформація повинна зберігатися у справі поточного постачальника освітніх послуг (шкільного округу, програми навчання дітей раннього віку чи агенції) та має бути конфіденційною.

Будь ласка, підтвердьте свою згоду на цю реєстрацію, поставивши позначку у відповідному полі та свій підпис нижче:

- Я даю згоду на щорічну реєстрацію свого учня або себе протягом кожного реєстраційного періоду, якщо я не повідомляю округ у письмовій формі про відкликання своєї згоди.
- Я не схвалюю реєстрацію свого учня чи себе.

Підпис батьків/опікуна або заявника: _____

Дата: _____

Будь ласка, передайте цю заповнену форму до школи, у якій навчається ваша дитина.