



Department
of Education



Assistive Technology &
Accessible Educational
Materials Center

POWERED BY OCALI



American Printing House
for the Blind, Inc.

РАЗРЕШЕНИЕ НА РЕГИСТРАЦИЮ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОЙ КВОТЫ

Имя ученика/лица: _____

Имя родителя/опекуна или лица: _____

Каждый год Отдел по работе с детьми с особенностями развития Департамента образования шт. Огайо проводит ежегодную регистрацию незрячих учеников в штате Огайо. Данная регистрация осуществляется по поручению Департамента сотрудниками Центра вспомогательных технологий и материалов доступного образования (AT&AEM) при Центре проблем аутизма и редких инвалидностей в тяжёлой форме (OCALI). Она проходит в январе в рамках требований федерального закона о содействии образованию незрячих, принятого в 1870 г. Благодаря данному закону Огайо получает финансирование из федеральных фондов для приобретения адаптированных образовательных материалов и оборудования, необходимых для учеников, официально признанных незрячими.

Данная регистрация не повлияет на уже имеющиеся распределение или программу регистрируемого лица. Для упрощения данной регистрации поставщик услуг вашего ученика заполнит регистрационную форму и отправит её в Центр AT&AEM, сотрудники которого, в свою очередь, проведут федеральную регистрацию согласно требованиям.

Настоящим документом я разрешаю (*местному школьному округу*) сообщить следующие данные, идентифицирующие мою личность/личность моего учащегося ребёнка: фамилию, имя, второе имя, дату рождения, школьный округ, уровень обучения (класс), состояние зрения, первичную и вторичную техники чтения, а также информацию о зарегистрированных братьях и сёстрах (с целью предотвращения дублирования регистрации) следующим лицам и организациям:

- официальному региональному представителю Службы переписи Американского издательства для слепых (APH) (например, учителю для слабовидящих, координатору специального обучения, специалисту по вопросам помощи в обучении, и т.д.)
- Центру вспомогательных технологий и материалов доступного образования (AT&AEM)
- Отделу по работе с детьми с особенностями развития Департамента образования шт. Огайо
- Американскому издательству для слепых (APH)

Вся медицинская информация должна содержаться в деле, хранящемся у текущего поставщика услуг данного лица (школьный округ, обучающая программа для детей младшего возраста или агентство) и должна рассматриваться как конфиденциальная.

Пожалуйста, укажите ваше согласие на регистрацию, поставив отметку в соответствующем квадрате и подписав ниже:

- Я разрешаю ежегодную регистрацию моего учащегося ребёнка или меня самого во время каждого регистрационного периода до тех пор, пока я не уведомя в письменном виде округ о том, что я отзываю моё разрешение.
- Я не разрешаю регистрацию моего учащегося ребёнка или меня самого.

Подпись родителя/опекуна или лица: _____

Дата: _____

Пожалуйста, верните данную заполненную форму в школу, которую посещает ваш ребёнок.