



Department
of Education



Assistive Technology &
Accessible Educational
Materials Center

POWERED BY OCALI



American Printing House
for the Blind, Inc.

ДОЗВІЛ НА РЕЄСТРАЦІЮ НА ФЕДЕРАЛЬНІ КВОТИ

Прізвище та ім'я студента/особи: _____

Прізвище та ім'я батька (матері)/опікуна чи особи: _____

Щороку Управління у справах дітей з особливими потребами Департаменту освіти штату Огайо проводить річну реєстрацію незрячих студентів штату Огайо. Ця реєстрація, котру від імені Департаменту проводить Центр допоміжних технологій та навчальних матеріалів з розширеним доступом (AT & AEM) у Центрі аутизму і низького рівня захворюваності (OCALI), відбувається в січні відповідно до Федерального закону про сприяння освіті незрячих, котрий був прийнятий у 1870 році. Цей Закон забезпечує штату Огайо виділення федеральних коштів на придбання адаптованих навчальних матеріалів та обладнання, необхідних студентам з підтвердженим діагнозом «незрячий».

Ця реєстрація не вплине на теперішній розподіл навчального навантаження або програму зареєстрованої особи. Постачальник послуг вашого студента допоможе заповнити реєстраційну форму та надіслати її до центру AT & AEM, який, у свою чергу, у разі необхідності завершить федеральну реєстрацію.

Цим я уповноважую (*місцевий шкільний округ*) надавати наступну мою персональну інформацію/персональну інформацію мого студента, що розкриває особу: прізвище, ім'я, по-батькові, дату народження, шкільний округ, рік навчання, стан зору, первинні і вторинні засоби для читання, а також перехресні посилання на братів і сестер, котрі також зареєстровані (для запобігання дублюванню реєстрації) наступним особам:

- призначеному регіональному представнику-реєстратору Американської друкарні для незрячих (напр., вчитель студента з порушеннями зору, координатор спеціальної навчальної програми, спеціаліст з інтервенцій тощо)
- центру допоміжних технологій та навчальних матеріалів з розширеним доступом (AT&AEM)
- Управлінню у справах дітей із особливими потребами Департаменту освіти штату Огайо
- Американській друкарні для незрячих (APH)

Уся медична інформація повинна зберігатися в архіві поточного постачальника послуг (шкільний округ, програма ранньої освіти або аґенція) і повинна бути конфіденційною.

Підтвердьте, будь ласка, дозвіл на реєстрацію своїм підписом, відмітивши відповідні поля:

- Я надаю свою згоду на річну реєстрацію мого студента або власну реєстрацію на кожен реєстраційний період до моменту, коли я письмово повідомлю округ про відкликання своєї згоди.
- Я не надаю згоду на реєстрацію мого студента або власну реєстрацію.

Підпис батька (матері)/опікуна або особи: _____

Дата: _____

Заповнену форму необхідно повернути у вашу школу