



Autorización de los padres o tutores legales para divulgar información sobre el estudiante

Con el fin de inscribir a mi hijo en el Centro para Ciegos y Deficientes Visuales de Wisconsin (Wisconsin Center for the Blind and Visually Impaired, WCBVI) y la Imprenta Estadounidense para Ciegos (American Printing House for the Blind, APH*), por la presente autorizo

a _____ (*distrito escolar local o agencia*) a compartir la información de identificación personal (personally identifiable information, PII) de mi hijo de la siguiente manera: apellido, primer nombre, segundo nombre, fecha de nacimiento, distrito escolar, grado, función visual, medio de lectura primario y secundario, y referencia cruzada de los hermanos también inscritos (para evitar la duplicación de inscripciones).

Yo, _____ (*nombre del padre, madre o tutor en letra de imprenta*), certifico que soy el padre, madre o tutor de _____ (*nombre del estudiante*), cuya fecha de nacimiento es _____ (*fecha de nacimiento completa del estudiante*), y que es dependiente según la Sección 152 del Código de Rentas Internas si es mayor de dieciocho años.

Si el estudiante es su propio tutor, marque aquí y el estudiante firma a continuación en lugar de los padres.

Este formulario debe conservarse en los archivos de la Agencia Educativa Local (Local Educational Agency, LEA).

Entiendo que esta exención permanecerá en vigor a menos que la revoque por escrito.

Entiendo además que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un correo electrónico a aphcensus@wcbvi.k12.wi.us.

Firma de los padres

Fecha

*La APH es una organización sin ánimo de lucro para ciegos. De acuerdo con la "Ley Federal de Fomento de la Educación de los Ciegos", todos los estudiantes que se ajusten a la definición de ceguera pueden recibir libros de texto especializados y materiales accesibles a través del Programa de Cuotas Federales de la APH.

IMPORTANTE: este formulario debe permanecer archivado en el distrito escolar.