Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

**ڈیپارٹمنٹ آف ارلی لرننگ**
**واشنگٹس ارلی اسپورٹ فار انفینٹس اینڈ ٹوڈلرز (ESIT) پروگرام**

# ریکارڈز کے اجراء کی اجازت

**مقصد:** والدین کے طور پر، آپ کے پاس دوسرے لوگوں یا ایجنسیوں کو اپنے بچوں کے ریکارڈز جاری کیے جانے کی اجازت دینے یا نہ دینے کا حق موجود ہے۔ یہ درخواست آپ کو ایسی درخواست کو منظور کرنے یا نہ کرنے کا موقع فراہم کرتی ہے، ماسوائے یہ کہ اس انڈیویجوئلز ود ڈس ایبلٹیز ایجوکیشن ایکٹ (IDEA) حصہ C میں موجود قوانین اور فیملی ایجوکیشن رائیٹس اینڈ پرائیویسی ایکٹ، FERPA کے تحت اجازت دی گئی ہو۔

بچے کا نام:______________________ تاریخ:______________________

بچے کی تاریخ پیدائش:______________________ مقامی لیڈ ایجنسی:______________________

**میں بذریعہ ہذا درج ذیل مقصد (مقاصد) کے لیے، ESIT پروگرام اور ذیل میں بیان کردہ ایجنسیوں/لوگوں کے درمیان زبانی، تحریری یا الیکٹرانی طور پر معلومات کے تبادلے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں**
(ایک یا زیادہ پر نشان لگائیں):

- ☐ ESIT پروگرام کے لیے اہلییت کا تعین۔
- ☐ IFSP عمل کے ذریعے درست ابتدائی مداخلت کی خدمات کی شناخت کرنا
- ☐ معائنے/جائزے کے نتائج اور مجموعی کارکردگی کے نوٹس پر بات چیت کرنا
- ☐ دیگر (مختص کریں)______________________

______________________
*ایجنسی/شخص کا نام*

______________________
*گلی کا پتہ*

______________________
*شہر، ریاست، زپ*

اور

______________________
*ایجنسی/شخص کا نام*

______________________
*گلی کا پتہ*

______________________
*شہر، ریاست، زپ*

اور

______________________
*ایجنسی/شخص کا نام*

______________________
*گلی کا پتہ*

______________________
*شہر، ریاست، زپ*

اور

______________________
*ایجنسی/شخص کا نام*

______________________
*گلی کا پتہ*

______________________
*شہر، ریاست، زپ*

اور

______________________
*ایجنسی/شخص کا نام*

______________________
*گلی کا پتہ*

______________________
*شہر، ریاست، زپ*

**تبادلہ کیے جانے والے ریکارڈز میں شامل ہیں** (تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں):

- ☐ طبی/صحت کی معلومات
- ☐ معائنے/جائزے کے نتائج
- ☐ دماغی صحت کی معلومات
- ☐ نشوونما کی موجودہ معلومات
- ☐ IFSPs/پراگرس نوٹس
- ☐ دیگر (درج کریں)

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس حاصل کردہ معلومات کو مقامی لیڈ ایجنسی کی جانب سے IDEA اور FERPA کے حصہ C کے قوانین کے تحت رازدارانہ طریقے سے رکھا جائے گا۔ IDEA اور FERPA ماسوائے محدود حالات کے، رضامندی کے بغیر ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات ظاہر کرنے کی اجازت نہیں دیتی۔

**وقت کا قابل اطلاق عرصہ مختص کریں:**

☐ یہ اجازت ایک سال کے لیے قابل قبول ہے۔ اختتام کی تاریخ مختص کریں:________________________ ______

*اختتام کی تاریخ*

☐ یہ اجازت درج ذیل تاریخ سے قابل اطلاق ہے: ______________________________________________

*تاریخ* *تاریخ*

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ریکارڈز کے اجراء کے لیے میری اجازت رضاکارانہ ہے اور میں کسی بھی وقت تحریری طور پر اپنی اجازت واپس لے سکتا/سکتی ہوں۔ اگر میں اپنی اجازت واپس لوں، تو اس کا اطلاق اس معلومات پر نہیں ہوتا، جو اجراء کی سابقہ اجازت کے تحت فراہم کی گئی تھی۔

______________________________ ______________________________

*والدین کا دستخط* *تاریخ*