



Authorization for Release/Exchange of Information

I hereby authorize the exchange of communications and the release/exchange of information between Belvidere Community Unit School District 100 employees and _____
(Name of School/ Physician/Facility/Provider)

Name of Parent/Guardian: _____

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

Please release/exchange the following records indicated below:

_____ Initial Evaluation or IEP or most recent Re-Evaluation including:

- Psychological evaluation
- Social history
- Speech/Language Evaluation
- Health History
- Motor Assessment
- And IEP generated from the initial evaluation

_____ Most Recent Annual Review/ IEP

_____ Speech/Language Initial Evaluation or most recent Re-evaluation

_____ Other: _____

**RECORDS SHOULD BE SENT TO: Belvidere CUSD 100:
SPED Records Custodian 1201 Fifth Avenue Belvidere, IL 61008**

These disclosures are authorized pursuant to 20 U.S.C. Section 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., and 740 ILCS 110/1 et.seq.* and are to be made for the purpose of educational planning for the student named above.

I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed, challenge its contents, and limit my consent to designated records or portions of the information contained in those records. I also understand that my refusal to consent to the exchange of records and communications could result in incomplete and/or inappropriate educational planning for my child. This consent expires on year from the date indicated below. However, I understand that I have the right to revoke this consent in writing at any time.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Student Signature _____
(for mental health/developmental disability records, If student is age 12 or older)

Date _____

Witness Signature _____
(for mental health/developmental disability records)

Date _____

*NOTE: Prior to the release of protected health information, health care providers may require the parent/guardian to execute an additional authorization form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPPA")



Autorización para Liberación / Intercambio de Información

Yo, por medio de la presente, autorizo el intercambio de comunicación y la liberación de archivos e información entre los agentes de empleados y miembros de los distritos escolares

Distrito Escolar de Belvidere 100 y _____
(Nombre de la Escuela/Proveedor/Doctor/Especialista)

Nombre del Padre/Tutor: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, liberación/cambio los siguientes registros que se indican a continuación:

_____ Evaluación Inicial o IEP o Re-Evaluación mas reciente incluyendo (pero no limitado a):

- Evaluación Psicológica
- Historia Social
- Evaluación del Habla/Lenguaje
- Historial de Salud
- Evaluación Motora
- Y el IEP generado de la evaluación inicial

_____ Revisión anual reciente/ IEP

_____ Evaluación Inicial del Hable/Lenguaje o la Re-evaluación mas reciente

_____ Otro: _____

Por favor libere/intercambie los siguientes archivos indicados abajo: Belvidere CUSD 100: SPED Records Custodian 1201 Fifth Avenue Belvidere, IL 61008

Esta información es autorizada de acuerdo 20 U.S.C. Sección 1232g, 105 ILCS 10/1 et seq., and 740 ILCS 110/1 et seq.* y son realizadas con el propósito del plan educacional del estudiante nombrado en la parte de abajo. Yo entiendo y tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se va a revelar, preguntar su contenido y limitar mi consentimiento a archivos designados o porciones de la información contenida en esos archivos. Además entiendo mi renuncia al consentimiento de intercambio de comunicación e información, dando como resultado el plan incompleto e/o inapropiado para la educación de mi hijo. Este consentimiento expirará al año de la fecha indicada en la parte de abajo. Sin embargo, yo entiendo que tengo el derecho de revocar por escrito este consentimiento en cualquier momento.

Firma del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante _____ Fecha: _____
(por salud mental/ información de incapacidad de desarrollo mental, Si el estudiante es 12 años o mayor)

Firma del Testigo _____ Fecha: _____
(por salud mental/ información de incapacidad de desarrollo mental, Si el estudiante es 12 años o mayor)

*NOTA: Previo a la liberación de la información protegida de salud, los proveedores de salud pueden requerir al padre/tutor que llene alguna forma de autorización adicional para acceder a la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud ("HIPPA")