

የመረጃ መለቀቅ: Student 13+ Signer

1. እባክዎን ትምህርት ቤትዎን ይምረጡ *

- Meany Middle School
- Whitman Middle School

ክፍል 1: የተማሪ እና የፈራሚ መረጃ

| | |
|----------------------|---------|
| የተማሪ ህጋዊ ስም * | |
| ስም | የአያት ስም |

| | |
|------------------------|--|
| የተማሪ የትውልድ ቀን * | |
| ቀን | |

| | |
|---------------------|--|
| የተማሪ ዚፕ ኮድ * | |
| የፖስታ / ዚፕ ኮድ | |

ሲያትል የህዝብ ትምህርት ቤቶች ተማሪዎች ስኬታማ እንዲሆኑ የሚያስፈልጋቸውን አገልግሎት መስጠት ይፈልጋል። ይህንን ለማድረግ ሲያትል የህዝብ ትምህርት ቤቶች እና የጤና እና ማህበራዊ አገልግሎት አጋሮቹ የተማሪ ጤና ማእከልን (Student Health Hub) ለመጠቀም ተስማምተዋል። የተማሪ ጤና ማእከል ተማሪዎችን በማህበረሰብ ያሉ የጤና እና ማህበራዊ አገልግሎቶች ጋር ለማገናኘት ቀላል እና ደህንነቱ የተጠበቀ መንገድ ነው።

የተማሪዎ የትምህርት መረጃ ከተማሪ ጤና ማእከል ጋር አንዴ ከተጋራ፣ ተወካዩ የእርስዎን/የተማሪዎ የጤና እና ማህበራዊ አገልግሎቶችን ተደራሽነት ያገናኛል እንዲሁም ያስተባብራል።

ክፍል 2: ፍቃድ

13 ዓመት እና ከዚያ በላይ የሆነ ተማሪ የተቀናጀ እንክብካቤ ለማግኘት የሚሰጥ ስምምነት

ዕድሜዎ 13 ወይም ከዚያ በላይ እንደመሆኔ፣ ያለ ወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ የተመላላሽ ታካሚ የአእምሮ ጤና ሕክምና ማግኘት እችላለሁ። RCW 71.32.530. በዚህ ሂደት ወላጆቼን/አሳዳጊዬን እንዳሳትፍ በትምህርት ቤት ሰራተኞች እንዳበረታትኙ አውቃለሁ እና ተስማምቻለሁ። ይህን ግን ለማድረግ ፈቃደኛ አልሆንኩም። ከታች ፊርማዬ በማስቀመጥ በሲያትል የህዝብ ትምህርት ቤቶች የተፈቀዱ የጤና እና ማህበራዊ አገልግሎት አጋሮች ጋር ለማገናኘት ሲባል መረጃዎን ወደ የተማሪዎች ጤና ማእከል ጋር እንዲያካፍሉ ለሲያትል የህዝብ ትምህርት ቤቶች ፍቃድ እየሰጠሁ ነው። ከትምህርት መዘገቤ ምንም አይነት መረጃ እንደማይጋራ ተረድቻለሁ።

ክፍል 3: ፊርማ

| |
|--------------|
| ፊርማ * |
| |
| እዚህ ይፈርሙ |

| |
|----|
| ቀን |
| ቀን |

| | |
|-----------|---------|
| የፈራሚ ስም * | |
| ስም | የአያት ስም |

| |
|----------------------------|
| ኢሜል * |
| <i>example@example.com</i> |