

## 透露资讯: Parent/Guardian Signer

### 1. 请选择你的学校 \*

- Meany Middle School
- Whitman Middle School

### 第一部分：学生和签名者的资料

<b>学生法定姓名 *</b>	
姓	名

<b>学生出生日期 *</b>
日期

<b>学生居住地邮区 *</b>
邮区 / Zip Code

西雅图公立学校希望为学生提供成功所需的服务。为了达到此目的，西雅图公立学校和他的健康和社会服务合作伙伴，同意来使用学生健康中心(Student Health Hub)。学生健康中心是一种简单而安全的方式，可以把学生与社区的健康和社会服务联系起来。

当你/你学生的教育记录资料是与学生健康中心共享的时候，一位代表会与你联系同时会与你/你的学生协调来获得健康和社交服务。

### 第二部分：同意

#### 父母/监护人同意分享资料来获得协调照顾

在西雅图公立学校与学生健康中心分享学生的教育记录之前，我们需要确保你了解学生的教育记录和学生健康中心将如何保护学生的资料，和如何与西雅图公立学校认可的健康和社交服务合作伙伴来分享学生的资料。

家庭教育权利和隐私法案 (FERPA) 要求西雅图公立学校在加添学生的教育记录资料到学生健康中心之前，必须得到你的同意。当这些资料进入学生健康中心同时与提供服务者共享的时候，它将受到便捷健康保险与责任法案 (HIPAA) 的保护。

#### 同意

本人明白到我的学生记录是受到 FERPA 的保护，同时我愿意把学生的教育记录资料分享给学生健康中心是出于自愿的。我可以随时透过写信给预防和介入部门主管 Lisa Davidson(lmdavidson@seattleschools.org)来撤销我的授权。撤销不会影响已分享的资料。

通过签署此表格，我同意让西雅图公立学校把学生的教育记录资料，包括其姓名、出生日期、地址、父母/监护人姓名、父母/监护人电邮、人口统计资料(例如种族、性别认同)、学校和年级与学生健康中心来分享。

我同意分享我学生的教育记录资料，从我签名之后的九十(90)天就会终止。

### 同意期满

我同意分享我学生的教育记录资料，从我签名之后的九十(90)天就会终止。

### 第三部分：签名

<b>签名 *</b>
<i>请在此签名</i>

<b>日期</b>
日期

<b>签名者的姓名 *</b>	
名	姓

<b>电邮 *</b>
<i>example@example.com</i>