

LAKE PARK HIGH SCHOOL, DISTRICT 108
AUTHORIZATION FOR RELEASE/EXCHANGE OF INFORMATION

I/we hereby authorize the exchange of communications and the release/exchange of the following records concerning _____ [student's name] between the agents and employees of

Lake Park High School, District 108 and:

Name/Title: Michele Cave
Agency/Organization: IL Dept. of Human Services (IDHS)
Address: 2901 Finley Rd, Suite 109 Downers Grove, IL 60515
Telephone: 630-495-0719 E-mail: michele.cave@illinois.gov

I/we hereby authorize that the following information will be released/exchanged:

- ☒ All permanent records (including, but not limited to, basic identifying information, birth certificate or other proof of student's identity, academic transcript, attendance records, health records and, where applicable, scores received on all State assessments administered in grades 9-12 and designation of student's achievement of the State Seal of Biliteracy or State Commendation Toward Biliteracy)
- ☒ All temporary records (including, but not limited to, scores on State assessments administered in grades K-8, discipline records, health-related information, accident reports, family background information, psychological evaluation reports, aptitude and achievement test results, report cards, honors and awards, progress monitoring information, IDEA/special education records, and Section 504 records)
- ☐ Other [specify]: _____

These disclosures are authorized pursuant to the *Family Education Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. Section 1232g), the *Illinois School Student Records Act* (105 ILCS 10/1 et seq.), and the *Illinois Mental Health and Developmental Disability Confidentiality Act* (740 ILCS 110/1 et seq.),* and are to be made for the purpose of:

- ☒ Educational evaluation and/or planning
- ☐ Other [specify]: _____

*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* ("HIPAA").

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 the student. This consent expires one 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 Printed Name

Parent/Guardian Signature

Date

Witness Signature [required for mental health/
developmental disability records]

Date

Student Signature [required for mental health/
developmental disability records, if student is age 12 or older]

Date

EAST CAMPUS
600 S. MEDINAH ROAD, ROSELLE, IL 60172-2598
PHONE: 630-529-4500 | FAX: 630-295-5212

WEST CAMPUS
500 W. BRYN MAWR AVE. ROSELLE, IL 60172-2197
PHONE: 630-529-4500 | FAX: 630-351-2932

LAKE PARK HIGH SCHOOL, DISTRICT 108
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN/INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Por el presente, autorizo el intercambio de comunicaciones y la divulgación/intercambio de los siguientes registros de _____ [nombre del estudiante] entre los agentes y empleados de

Lake Park High School, District 108 y:

Nombre/título: _____

Agencia/organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por el presente autorizo que la siguiente información se divulgue/intercambie:

- ☐ Todos los registros escolares permanentes (incluyendo, entre otros, información de identificación básica, certificado de nacimiento u otro comprobante de la identidad del estudiante, registro académico, registros de asistencia, registros de salud y, cuando corresponda, puntuaciones recibidas en todas las evaluaciones del estado aplicadas del 9.º al 12.º grado, así como la designación de aprovechamiento del estudiante en la Certificación Estatal de Educación Bilingüe o el Reconocimiento Estatal hacia la Educación Bilingüe).
- ☐ Todos los registros temporales (incluyendo, entre otros, puntuaciones en las evaluaciones estatales aplicadas del Kindergarten al 8.º grado, registros disciplinarios, información de salud, reportes de incidentes, antecedentes familiares, reportes de evaluaciones psicológicas, resultados de pruebas de aptitud y aprovechamiento, boletas de calificaciones, honores y reconocimientos, información de monitoreo de avances, registros IDEA/educación especial, y registros de la Sección 504).
- ☐ Otro [especificar]: _____

Estas divulgaciones están autorizadas de conformidad con la Ley de *Derechos de la Familia en la Educación y la Confidencialidad* (20 U.S.C., Sección 1232g), la Ley de *Expedientes Escolares de Illinois* (105 ILCS 10/1 y siguientes), y la Ley de *Confidencialidad en Salud Mental y Discapacidad del Desarrollo de Illinois* (740 ILCS 110/1 y siguientes),* y deben hacerse con los siguientes fines:

☐ Evaluación y/o planificación educativa

☐ Otro [especificar]: _____

*Antes de divulgar información protegida de salud, los proveedores de atención médica pueden requerir a los padres/tutores que firmen un formulario de autorización adicional para cumplir con la Ley de *Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico* ("HIPAA").

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se divulgará, cuestionar su contenido y limitar mi consentimiento a registros designados o partes de la información contenida en esos registros. También entiendo que mi negativa de consentir el intercambio de registros y comunicaciones podría derivar en una planificación incompleta y/o inadecuada para el estudiante. Este consentimiento expira en un año a partir de la fecha indicada a continuación. Sin embargo, entiendo que tengo el derecho de revocarlo por escrito en cualquier momento.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del testigo [requerida para registros de salud mental/discapacidad del desarrollo]

Fecha

Firma del estudiante [requerida para registros de salud mental/discapacidad del desarrollo, si tiene 12 años o más]

Fecha

EAST CAMPUS
600 S. MEDINAH ROAD, ROSELLE, IL 60172-2598
PHONE: 630-529-4500 | FAX: 630-295-5212

WEST CAMPUS
500 W. BRYN MAWR AVE. ROSELLE, IL 60172-2197
PHONE: 630-529-4500 | FAX: 630-351-2932