មណ្ឌលសិក្សាធិការ Highline

ការអនុញ្ញាតិអោយផ្តោះប្តូរដំណឹងសំងាត់ផ្នែកពេទ្យនិងការអប់រំ

ឈ្មោះសិស្ស:_____ ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ កំណើត:_____

សាលារៀន:_____ កំរិតថ្នាក់:_____

ខ្ញុំអនុញ្ញាតិអោយមានការផ្តោះប្តូរឯកសារសម្ងាត់ផ្នែកពេទ្យនិងការអប់រំចំពោះសិស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនេះក្នុងគោលបំណង: ☐ ស្ថាបនាគម្រោងការណ៍កម្មវិធីសិក្សាសិទ្ធិទទួលការអប់រំពិសេស; ☐ គម្រោងការណ៍ថែទាំសុខភាព; ☐ គម្រោងការណ៍សេវាការពារ ឬអន្តរាគមន៍; ឬ ☐ គម្រោងការណ៍ផ្សេងទៀត _____។

ដំណឹងដែលត្រូវផ្តោះប្តូរជាមួយ:

ភាគី (អ្នកផ្តល់សេវា ឬក្រសួង ។ល។):_____ លេខទូរស័ព្ទ:_____

អាស័យដ្ឋាន:_____ លេខទូរសារ:_____

ទីក្រុង:_____ រដ្ឋ:_____ លេខតំបន់:_____

បុគ្គលិកមណ្ឌលសិក្សាធិការដែលអាចផ្តោះប្តូរដំណឹង (បើគិតថាសមរម្យ):_____

ឯកសារការអប់រំដែលត្រូវគេស្នើសុំ (គូសប្រអប់ទាំងអស់ដែលទាក់ទង)

☐ ប្រតិចារឹកសិក្សាផ្លូវការ (Official Transcript)	☐ ផ្នែកសង្គម/ផ្នែកអារម្មណ៍ (Social/Emotional)
☐ ឯកសារសមិទ្ធផលសិក្សា (Academic Records)	☐ ឯកសារទទួលវិន័យ (Discipline Records)
☐ ការវាយតម្លៃលើការអប់រំ/ពិន្ទុតិស (Evaluations/Test Scores)	☐ ឯកសារការអោយឱ្យវិទ្យាទិនិងចិត្តសាស្ត្រ (Psychological and Counseling Records)
☐ ឯកសារការអប់រំពិសេស (Special Education Records)	☐ ផ្សេង (បញ្ជាក់):_____

ឯកសារផ្នែកសុខភាពដែលត្រូវគេស្នើសុំ (គូសប្រអប់ទាំងអស់ដែលទាក់ទង)

☐ ឯកសារពេទ្យ (Clinic/Hospital Records & Evaluations)	☐ ផ្សេង (បញ្ជាក់):_____
☐ របាយការណ៍ Laboratory/X-Ray/របាយការណ៍វិនិច្ឆ័យរោគ (Diagnostic Reports)	☐ ការបង្ការសេចក្ត (បញ្ជាក់):_____

ការយល់ព្រមរបស់សិស្ស: បើសិនជាឯកសារពេទ្យមានទាក់ទងទៅនឹងដំណឹងដូចខាងក្រោមនេះ គេត្រូវការការយល់ព្រមពីសិស្សតែប៉ុណ្ណោះបើសិនជាសិស្សគ្រប់អាយុ។ អាយុនិមួយៗ ត្រូវគេដាក់រាយនៅលើបញ្ជីរដំណឹងពេទ្យតាមប្រភេទនិមួយៗ (គូសប្រអប់ទាំងអស់ដែលទាក់ទង)

☐ ស្ថានការណ៍ ការព្យាបាល ការវិនិច្ឆ័យរោគ HIV/AIDS (អាយុ 14+)	☐ ផែនការណ៍គ្រួសារ/ជម្ងឺឆ្លងតាមការរួមដំណេក (Family planning/Sexually Transmitted Disease) (អាយុ 13+)
☐ ការព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង/គ្រឿងញាន (Alcohol/Drug) (អាយុ 13+)	☐ សេវាសុខាភិបាលផ្លូវចិត្ត Mental health services (អាយុ 13+)

សេចក្ដីទទួលស្គាល់: ខ្ញុំទទួលស្គាល់នូវការផ្តល់ដំណឹងនៃការផ្តោះប្តូរឯកសារពេទ្យនិងការអប់រំដែលជាតម្រូវការនៃច្បាប់ Family Educational Right and Privacy Act ("FERPA") និងច្បាប់ Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPPA"), រួចហើយខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់នៃឯកសារទាំងនោះ ដោយចំណាយប្រាក់ខ្លួនឯង។ ខ្ញុំអាចស្នើសុំសាវនាការដើម្បីតវ៉ាលើមាតិការនៃឯកសារការអប់រំណាមួយ។ ការអនុញ្ញាតិនេះគឺផ្តល់អោយដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំអាចដកយកវិញបានគ្រប់ពេល ដោយតាមការសរសេរ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថានៅពេលណាដំណឹងនេះត្រូវបានផ្តោះប្តូររួចហើយសំអាងទៅលើការអនុញ្ញាតិនេះ ដំណឹងនោះមិនអាចទាមទារយកមកវិញ ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់អំពើដែលបានធ្វើរួចទៅហើយដោយភាគីដែលទទួលឯកសារដែលត្រូវអនុញ្ញាតិផ្តោះប្តូរ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាការផ្តោះប្តូរដំណឹង នឹងមានការផ្តោះប្តូរជាបន្តដោយអ្នកទទួល ដរាបណាការផ្តោះប្តូរដំណឹងស្របទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ Washington, FERPA, និង HIPPA, ដែលគិតថាសមរម្យ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ការអនុញ្ញាតិនេះមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលយកការព្យាបាល សេវា ការចុះឈ្មោះ ឬសិទ្ធិទទួលយកប្រយោជន៍ ផ្នែកសុខាភិបាលឡើយ។ ការអនុញ្ញាតិនេះនឹងផុតអាយុនៅចុងឆ្នាំសិក្សាជារាងរាល់ឆ្នាំ លុះត្រាតែមានថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ ឬព្រឹត្តិការណ៍ណាមួយដែលចប់មុននៅ _____។

ការសម្គាត់: ភាគីណាមួយដែលទទួលឯកសារទៅតាមការអនុញ្ញាតិនេះទទួលស្គាល់ថា ដំណឹងនេះដែលគេបានផ្តោះប្តូរគឺត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រដ្ឋនិងរដ្ឋសហព័ន្ធ។ លោកអ្នកមិនអាចផ្តោះប្តូរដំណឹងនេះទៅអោយភាគីណាផ្សេងដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងហ្វូមនេះឡើយ បើសិនមិនមានការយល់ព្រមពីភាគីផ្តល់នូវការអនុញ្ញាតិ។ *សូមអានច្បាប់* RCW 70.02, *et seq.*

(ឪពុក/ម្តាយ) សរសេរឈ្មោះ:_____ ហត្ថលេខា:_____ ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ:_____

(សិស្ស) សរសេរឈ្មោះ:_____ ហត្ថលេខា:_____ ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ:_____

សូមផ្ញើឯកសារនេះទៅកាន់: Highline School District – Central Files Attn:_____ 15675 Ambaum Blvd. S.W. Burien, WA 98166	សូមផ្ញើឯកសារនេះទៅកាន់ (សរសេរ "**CONFIDENTIAL**") _____ Attn:_____ _____ _____