MSJC MT. SAN JACINTO COLLEGE

Child Development and Education Center

CONSENT TO PARTICIPATE IN THE EVALUATION OF QUALITY START – RIVERSIDE COUNTY AND AUTHORIZATION TO SHARE CONFIDENTIAL INFORMATION

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of personally identifiable student information between your child's Quality Start – Riverside County (QS-RC) participating site, Riverside County Office of Education and First Five 5 Riverside, as set forth below, consistent with California and Federal laws concerning the privacy of such information. If you consent to disclosure of information as described herein, please fill out, sign and return this form to: **Stephanie Weiss-Enrollment**.

USE AND DISCLOSURE INFORMATION RELATED TO:

Student Name: _____

Last First MI Date of Birth

I, the undersigned, do hereby authorize the above-named student's QS-RC participating site, **MSJC Child Development and Education Center**, Riverside County Office of Education, and First Five 5 Riverside, to exchange information regarding the above-named student with the California Department of Education, First 5 California, and the County of Riverside. The information is exchanged for program evaluation purposes and for QS-RC participating site, programming and service planning. The exchange of information is a condition on which funding for the QS-RC program is provided to Riverside County Office of Education and First Five 5 Riverside. The information will be exchanged between your child's QS-RC participating site, Riverside County Office of Education and First Five 5 Riverside for providing safe, appropriate, and least restrictive education settings and quality preschool health services and programs.

Requested information shall be limited to the following: your child's name, date of birth, gender, birth place, ethnicity, race, primary language, household income and size, results from child developmental assessment/observation tools, and health/developmental screening tools, and Special Needs/IEP/IFSP.

DURATIONS

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until ten (10) years from the date on this form.

RESTRICTIONS ON RE-DISCLOSURE

California law prohibits the requestor from making further or additional disclosure of private information to another third party unless the requestor obtains another authorization from you, or the disclosure is specifically required or permitted by law.

YOUR RIGHTS

You have the following rights with respect to this authorization, and affirm you understand them in signing this release form. You may revoke this authorization at any time by submitting written revocation signed by you or your representative and delivered to the agency/persons listed above. Your revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the requestor or others have acted in reliance on this authorization. You have the right to receive a copy of this authorization.

Signing this authorization may be required for this student to obtain appropriate/additional specialized support services in the educational setting.

Approval: _____

Printed Name Signature Date

_____

Relationship to Student Area Code and Telephone Number

Child Development and Education Center

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Ó LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA Y DEPARTE DE AGENCIAS PREESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de estudiante personalmente identificable entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside, como esta descrito abajo, consistente con California y las leyes Federales concerniente a la privacidad de dicha información. Si usted esta de acuerdo con la divulgación de información descrita en este documento, firme y regrese esta forma a: **Stephanie Weiss-Enrollment**.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION RELACIONADA CON:

Nombre del estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Inicial Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo al preescolar del estudiante nombrado arriba, **MSJC Child Development and Education Center**, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside, para proveer información referente al estudiante nombrado arriba con Departamento de Educación de California Primeros 5 de California. La información es intercambiada para el propósito de la evaluación del programa y del preescolar, programación y planeamiento de servicios. El intercambio de información es una condición para que el financiamiento del programa preescolar sea provisto a la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside. La información será intercambiada entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside con el propósito de proveer un ambiente educativo seguro, apropiado, y menos restrictivo y apoyo de salud como parte del preescolar de calidad.

La información requerida está limitada a lo siguiente: El origen étnico, idioma primario y los resultados de encuestas de desarrollo de su hijo/a tales como: el ASQ-3 y ASQ-SE / la Evaluación del desarrollo: DRDP-PS / Necesidades Especiales (IEP).

VENCIMIENTO
Esta autorización será efectiva inmediatamente y se mantendrá en efecto hasta elInstert language.

RESTRICCIONES EN RE-DIVULGACIÓN
La ley de California prohíbe al solicitante divulgar la información mas allá de lo acordado o la divulgación adicional de información privada a un tercer partido a menos que el solicitante obtenga otra forma de autorización de su parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS
Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización y afirma entenderlos al firmar esta forma de consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo una revocación por escrito, firmada por usted o por su representante, y enviada a la agencia(s)/personal mencionados arriba. Su revocación entrará en efecto en cuanto sea recibida pero no aplicará a la información que ya se ha dado a conocer en respuesta a esta autorización. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Es necesario firmar esta autorización para que el estudiante pueda recibir servicios apropiados/especializados adicionales en el ambiente educativo.

Aprobación: _____

Nombre en letra de molde Firma Fecha

_____

Relación de parentesco con el estudiante Área y número de teléfono