

Early On® रिकॉर्ड जारी करने हेतु प्राधिकार
Authorization to Release Early On® Record

बच्चे की जानकारी
Child Information

बच्चे का नाम:
Child's Name:

जन्म तिथि:
Date of Birth:

माता-पिता/ अभिभावक का नाम:
Parent's/Guardian's Name:

उद्देश्य
Purpose

इस फॉर्म का उद्देश्य *Early On* रिकॉर्ड से अन्य संस्था या व्यक्ति को जानकारी देने के लिए माता-पिता की सहमति प्राप्त करना है।

The purpose of this form is to obtain parental consent to release information from the *Early On* record to other agency(ies) or person(s).

संस्था(एं)/व्यक्ति जिनको सूचना दी जा सकती है
Agency(ies)/Person(s) to Whom Information May Be Released

संस्था/व्यक्ति:

Agency/Person:

दी जाने वाली जानकारी:

Information to be released:

संपूर्ण *Early On* रिकॉर्ड

Full *Early On* record

Early On रिकॉर्ड में शामिल विशिष्ट जानकारी: _____

Specific information within *Early On* record: _____

संस्था/व्यक्ति:

Agency/Person:

दी जाने वाली जानकारी:

Information to be released:

संपूर्ण *Early On* रिकॉर्ड

Full *Early On* record

Early On रिकॉर्ड में शामिल विशिष्ट जानकारी: _____

Specific information within *Early On* record: _____

प्राधिकार
Authorization

नीचे किए गए मेरे हस्ताक्षर के मायने हैं कि मैं समझता हूँ कि:

My signature below means I understand that:

- ✓ मेरे बच्चे के बारे में जानकारी साझा करने की अनुमति देने का मेरा प्राधिकार स्वैच्छिक है और:
- ✓ My authorization to allow the sharing of information about my child is voluntary and expires:
 - Early On* से बाहर निकलने पर या मेरे बच्चे के तीसरे जन्मदिन पर यह समाप्त हो जाता है।
 - upon exit from *Early On* or my child's third birthday.
 - हस्ताक्षर की तारीख के एक साल बाद।
 - one year after signature date.
- ✓ मेरी संरक्षित जानकारी प्राप्त करने के लिए मैंने जिस/जिन संस्था(एं)/व्यक्ति को सूचीबद्ध किया है, उस पर *Early On* का कोई नियंत्रण नहीं है। इसलिए, इस प्राधिकार के तहत प्रकट की गई मेरी संरक्षित जानकारी अब पारिवारिक शैक्षिक अधिकार और गोपनीयता अधिनियम Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) की आवश्यकताओं द्वारा संरक्षित नहीं हो सकती है, और अब यह *Early On* की जिम्मेदारी नहीं होगी।
- ✓ *Early On* has no control over the agency(ies)/person(s) I have listed to receive my protected information. Therefore, my protected information disclosed under this authorization may no longer be protected by the requirements of the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), and will no longer be the responsibility of *Early On*.
- ✓ इस प्राधिकार पर हस्ताक्षर करने से इनकार करने के कारण *Early On* सेवाएं प्राप्त करने की मेरी योग्यता प्रभावित नहीं होगी।
- ✓ Refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain *Early On* services.
- ✓ मैं *Early On* को लिखित रूप में सूचित करके किसी भी समय बिना किसी दंड के सहमति वापस ले सकता हूँ या रद्द कर सकता हूँ। इस प्राधिकार के आधार पर पहले से साझा की गई जानकारी वापस नहीं ली जा सकती है।
- ✓ I may revoke or cancel consent at any time, without penalty, by notifying *Early On* in writing. Information that has already been shared based on this authorization cannot be taken back.

मैंने इस प्राधिकार फॉर्म को पढ़ और समझ लिया है (या इसे मेरे सामने उस भाषा में पढ़ा गया है जिसे मैं समझता हूँ) और:
I have read and understand this authorization form (or it has been read to me in a language I understand) and:

- मैं सूचीबद्ध जानकारी जारी करने के लिए *Early On* को निर्दिष्ट संस्था या व्यक्ति के साथ मौखिक, लिखित और/या इलेक्ट्रॉनिक संचार के ज़रिए जुड़ने के लिए प्राधिकृत करता हूँ।
- I authorize *Early On* to engage in verbal, written, and/or electronic communication with the identified agency(ies) or person(s) in order to release the information listed.
या
OR
- मैं नहीं चाहता कि इस समय कोई भी जानकारी साझा की जाए।
- I do not wish to have any information released at this time.

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:
Signature of Parent/Guardian:

बच्चे के साथ रिश्ता:
Relationship to Child:

तिथि:
Date: