

**စိန်လူးဝစ္စ ပြည်သူပိုင်ကျောင်းများ  
အချက်အလက်ထုတ်ပြောရန် ခွင့်ပြုချက်**

**ကျောင်းသားကျောင်းသူအမည်** \_\_\_\_\_ **မွေးနေ့သက္ကရာဇ်** \_\_\_\_\_

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါရည်ရွယ်ချက်အတွက် ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်ကလေး၏အချက်အလက်များ/မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ပြောရန်  
 \_\_\_\_\_ အား ခွင့်ပြုပါသည်။

**အဖွဲ့အစည်း/ပုဂ္ဂိုလ်**

အမည် \_\_\_\_\_ ဖုန်း \_\_\_\_\_  
 အစီအစဉ် \_\_\_\_\_ ဖက်စ် \_\_\_\_\_  
 လိပ်စာ \_\_\_\_\_

**အောက်ပါကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြောရန်-**

- ဆရာဝန်/ဆေးရုံ အစီရင်ခံစာများ/မှတ်တမ်းများ
- စိတ်ရောဂါ/စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စိစစ်မှု အစီရင်ခံစာ (အမှတ်များဖြင့်)
- မကြာသေးမီ ဆင်းရဲမှုဆင်းသည့်အကြောင်း အကျဉ်းချုပ်
- အခြား (အတိအကျပြောပါ) \_\_\_\_\_

**အောက်ပါပညာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြောရန်-**

- ရာသက်ပန်ကျောင်းမှတ်တမ်းများ စုစုပေါင်း
- လက်ရှိ အထူးပညာရေး IEP
- နောက်ဆုံးတစ်ခေါက် စစ်ဆေးခြင်း အစီရင်ခံစာ
- အခြား (အတိအကျပြောပါ) \_\_\_\_\_

**ဤအချက်အလက်များကို အောက်ပါ ရည်ရွယ်ချက်(များ)အတွက် အသုံးပြုပါမည်-**

- ပညာရေးဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုနှင့် အစီအစဉ် ချမှတ်ခြင်း
- ကျောင်းတွင် ကျန်းမာရေးစိစစ်မှုနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကုသမှုအတွက် အစီအစဉ်ချမှတ်ခြင်း
- ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုနှင့် ကုသမှု
- အခြား \_\_\_\_\_

**ခွင့်ပြုချက်**

ဤခွင့်ပြုချက်သည် ပြက္ခဒိန်တစ်နှစ်ခိုင်လုံသည်။ \_\_\_\_\_ တွင် သက်တမ်းကုန်မည်။ ဆောင်ရွက်ပြီးသည့်အရာများမှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို ရုပ်သိမ်းကြောင်း စာရေးအသိပေး၍ ဤခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေးရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျောင်းခရိုင်မှ ဤကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများကို ရသည်နှင့် ၎င်းတို့ကို HIPAA ကိုယ်ရေးကိုယ်တာလျှို့ဝှက်ချက် စည်းမျဉ်းမှ အကာအကွယ်ပေးချင်မှ ပေးတော့မည်ဖြစ်သော်လည်း မိသားစု ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ရပိုင်ခွင့်များနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာလျှို့ဝှက်ချက် အက်ဥပဒေအရ ကာကွယ်ပေးမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိပါသည်။ ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ငြင်းဆိုပါက၊ ထိုသို့ငြင်းဆိုမှုသည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးမှ အထူးပညာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူနိုင်စွမ်းအပေါ် အနှောင့်အယှက်ပြုမည် မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

**တဆင့်ထုတ်ပြောခြင်းအပေါ် တားမြစ်ချက်-** ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများကို လျှို့ဝှက်ထားရေး နိုင်ငံတော်စည်းမျဉ်းများအရ လူနာ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်မှ အတိအကျ စာရေးသဘောတူခွင့်ပြုထားခြင်းမရှိဘဲ ဤအချက်အလက်များကို တဆင့်ထုတ်ပြောခြင်းမှ တားမြစ်ထားသည်။

လူနာ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

အဆီးအတားကင်းသောကျောင်းသား၏လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_