

**Illinois Migrant Families Multi-Agency
AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

Parent's (Guardian's) Name _____

Child(ren)'s/Youth(s) Name _____

I authorize the release, inspection, exchange and copying of the following information from the education records pertinent to my child(ren) or myself, among the programs indicated below:

- My and my family's address and phone number
- Names of siblings of child, youth and their parents

_____ Migrant Education Program

_____ Migrant and Seasonal Head Start Program

Name of local program _____

_____ Community Health Partnership of Illinois

_____ School district(s) my child(ren) attend

_____ Other: _____

_____ Other: _____

I understand that the above-mentioned named agency/person/facility has a right to release, inspect, exchange and copy the information disclosed. I understand that I may revoke the release of information at any time except where the agency has already made disclosures in reliance upon my prior authorization. I understand that no revocation of this consent shall be effective to prevent disclosure of records and communications until it is received from the parent/guardian/youth listed above.

Parent Signature _____

Date _____

Youth (age 18 or older) Signature _____

Date _____

THIS AUTHORIZATION EXPIRES 365 DAYS AFTER IT IS SIGNED UNLESS REVOKED EARLIER.

Notice to whomever disclosure is made: This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state and federal law. These laws prohibit you from making any further disclosure of this information without the specific written consent of the person, to whom it pertains, or his or her parents or legal guardians. A general authorization for release of medical or other information is not sufficient for this purpose.



Illinois Migrant Families Multi-Agency
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Padre (Guardián) _____

Nombre del (de los) Niño(s)/Joven(es) _____

Autorizo la divulgación, inspección, intercambio y copia de la siguiente información de los registros educativos pertinentes para mí (s) hijo (s) o para mí, entre los programas que se indican a continuación:

- La dirección y número de teléfono mío y de mi familia
- Los nombres de los hermanos de los niños, jóvenes y sus padres

_____ Programa de Educación para Migrantes de Illinois

_____ Programa de *Migrant and Seasonal Head Start*

Nombre del programa local _____

_____ Community Health Partnership of Illinois

_____ Distrito(s) Escolar(es) donde asisten mi(s) hijo(s)

_____ Otro: _____

_____ Otro: _____

Entiendo que la agencia / persona / establecimiento mencionado anteriormente tiene derecho a divulgar, inspeccionar, intercambiar y copiar la información revelada. Entiendo que puedo revocar la divulgación de información en cualquier momento, excepto cuando la agencia ya haya hecho divulgaciones en función de mi autorización previa. Entiendo que ninguna revocación de este consentimiento será efectiva para prevenir la divulgación de registros y comunicaciones hasta que se reciba del padre / tutor / joven mencionado anteriormente.

Firma del Padre _____

Fecha _____

Firma del Joven (edad 18 o mayor) _____

Fecha _____

ESTA AUTORIZACION SE VENCE 365 DIAS DESPUES QUE SEA FIRMADA A MENOS QUE SE REVOQUE ANTES.

Aviso a quien se le haga la divulgación: Esta información se le ha revelado a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales y federales. Estas leyes le prohíben divulgar esta información más adelante sin el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o de sus familiares o representantes legales. Una autorización general para la divulgación de información médica o general no es suficiente para este propósito.

