Snohomish County Early Childhood Education and Assistance Program
Consent for Release of Information

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su ECEAP: _____

Direcciones: Obtenga la firma de padres o representantes legales SOLO PARA UNA de las opciones de consentimiento/liberacion por cada formulario.

Consentimiento para usar fotografias (marque solo una opcion en cada formulario)
Doy permiso para que las fotos de mi hijo(a) sean usadas por ECEAP en publicaciones y en los medios de publicidad, incluyendo los boletines del programa, pagina de internet, materiales de reclutamiento y propagandas de los eventos.

Liberacion General de Informacion Confidencial (marque solo una opcion en cada formulario)
Autorizo al personal de ECEAP para darle informacion al personal de la Escuela del Distrito incluyendo el personal del kindergarten para facilitar la transicion de mi hijo(a) al kindergarten.
Persona a la que se le dara la informacion: _____ informacion de contacto: _____
Tipo de informacion que se dara: _____
Razon para dar la informacion: _____

Libaracion de Informacion Confidencial para el uso del programa (marque solo una opcion en cada formulario)
Autorizo al personal de ECEAP para que publique mi informacion de contacto en la creacion del directorio del programa del salon de clases. La informacion que sera publicada incluye:
Nombre: _____ nombre del niño(a): _____
Occupacion: _____
Direccion: _____
Telefono del domicilio: _____ Telefono del trabajo: _____
Correo electronico (email): _____

Liberacion de Informacion Confidencial a los Proveedores de Servicios (marque solo una opcion en cada formulario)
Autorizo al personal de ECEAP para darle los nombres, direcciones y edades de los miembros de mi familia a agencias, iglesias y otros con el proposito de recibir servicios como por ejemplo regalos por dias festivos, donaciones, y otros servicios.
Nombre de las agencias/Programas/Organizaciones: _____

De acuerdo a los requerimientos de los Derechos de la Educacion Familiar y el Acto de Privacidad de 1974, y los estandares A-13 de ECEAP la informacion mandada o recibida por ECEAP no puede ser compartida con cualquier otro grupo sin una autorizacion por escrito de los padres o representantes legales.

Firma de Padres/Representantes legales

Firma del personal de ECEAP

Fecha

Fecha

Firma del personal de ECEAP

Fecha

Este formulario es valido por (12 meses o antes): **12 meses** **hasta** _____. (marque una opcion)