

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

קינדער'ס סערוויסעס ארויסגעבונג פון געהיימע אינפארמאציע
ניו יארק סטעיט קאמיסיע פאר די בלינדע

_____ אנטוילנעמער נאמען:

New York State Commission for the Blind,) די בלינדע (NYSCB) צו באקומען אדער ארויסגעבן די פאלגענדע אינפארמאציע ווי נויטיג צו ערפאלגרייך פלאנירן און געבן קינדער'ס סערוויסעס פאר מיין קינד. איך קען טוישן מיין מיינונג וועגן די ארויסגעבן, אויסער פאר שריט שוין גענומען מיט מיין רשות, דורך זאגן פאר NYSCB אין שרייבן אז איך וויל נישט מער אינפארמאציע זאל ארויסגעגעבן ווערן. מיין רשות צו ארויסגעבן אדער באקומען די אינפארמאציע איז גילטיג ביז מיין קינד טוט מער נישט באקומען NYSCB סערוויסעס.

_____ סארט פון אינפארמאציע:

_____ צוועק און סיבה וואס אינפארמאציע איז נויטיג:

מענטש וואס געבט ארויס די אינפארמאציע:

_____ טיטל:

_____ ערשטע נאמען: _____ לעצטע נאמען:

_____ גאס: _____ סוויט/אפט.:

_____ סיטי: _____ סטעיט: _____ זיפ קאוד:

_____ אגענטור:

מענטש וואס באקומט די אינפארמאציע:

_____ טיטל:

_____ ערשטע נאמען: _____ לעצטע נאמען:

_____ גאס: _____ סוויט/אפט.:

_____ סיטי: _____ סטעיט: _____ זיפ קאוד:

_____ אגענטור:

איך פארשטיי אז די אנגעצייכענטע אינפארמאציע איז פריוואט און געהיים און פאר די אויסשליסליכע באנוץ פאר די מענטשן און אגענטורן אדער פאסיליטי ארבעטער וואס זענען פארבינדען אין מיין קינד'ס סערוויסעס פראגראם.

_____ / _____ / _____
דאטום עלטערן/סגארדיען'ס אונטערשריפט