



**ESTADO NG HAWAI'I  
KAGAWARAN NG EDUKASYON**

**PAHINTULOT PARA SA  
PAGPAPALABAS NG  
IMPORMASYON**

Pangalan ng Mag-aaral: \_\_\_\_\_ Araw ng kapanganakan: \_\_\_\_\_  
Apelyido Pangalan Pang-gitnang Inisyal

**Magbigay ng pahintulot sa Kagawaran ng Edukasyon ng Estado ng Hawai'i,** \_\_\_\_\_  
Pangalan ng DOE School o Opisina

Address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code ng \_\_\_\_\_

Department of Education \_\_\_\_\_ Numero ng Telepono sa Pag-kontak \_\_\_\_\_ Numero ng Fax \_\_\_\_\_

Para kay:  NA-RELEASE  NATANGGAP (Lagyan ng check ang isa)

ang sumusunod na (mga) dokumento/impormasyon, sa nasa itaas na pinangalanang mag-aaral, maliban doon sa legal na hindi napapailalim sa pagsisiwalat ng anumang naaangkop na batas, at saklaw sa ilalim ng Hawaii'i Revised Statutes, §325-101 Infections and Communicable Diseases o Mga Sakit na Nakakahawa at Kumakalat (HIV Impeksyon, ARC, at AIDS); §329-68 Uniform Controlled Substances Act (Proteksyon ng mga record; ipinagbabawal ang pagbubunyag ng kumpidensyal na impormasyon) at §329-B6 Substance Abuse Testing (Resulta ng Pagsusulit) sa o mula sa ahensya at/o indibidwal na nakalista sa ibaba:

Pangalan ng Ahensya o Indibidwal \_\_\_\_\_ Numero ng Telepono \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**Tukuyin ang (mga) dokumento/impormasyon na awtorisado para sa paglabas at/o pagtanggap:**

**Para sa layunin ng:**

Naiintindihan ko na ang mga record ng edukasyon ng isang mag-aaral ay kumpidensyal at maaari lamang ibunyag ayon sa pahintulot ng Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA) o Batas ng mga Karapatan at Pagkapribado ng 1974 ng Edukasyong Pang-pamilya, na nagbabawal sa pagpapalabas ng impormasyong ito nang walang nakasulat na pahintulot ng magulang ng mag-aaral o karapat-dapat na mag-aaral. (Ang isang "kwalipikadong mag-aaral" ay isang mag-aaral na hindi bababa sa 18 taong gulang). Kinikilala ko na ang mga record ng kalusugan, kapag natanggap ng paaralan at/o ng Kagawaran ng Edukasyon ng Estado ng Hawaii ay maaaring hindi maprotektahan ng Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

Naiintindihan ko na ang aking pahintulot ay boluntaryo at maaari kong bawiin ang aking pahintulot anumang oras sa pamamagitan ng pagsumite ng nakasulat na paunawa ng pag-alis ng aking pahintulot sa administrator ng paaralang nakalista sa itaas. Kung I-wiwithdraw ko ang aking pahintulot, hindi ito nalalapat sa impormasyong naibigay na sa ilalim ng paunang pahintulot para sa pagpapalabas.

**Pinahihintulutan ko ang paglilipat ng impormasyon tulad ng ipinahiwatig sa itaas. Ang pahintulot na ito ay may bisa sa loob ng isang taon mula sa petsang nakalista sa ibaba maliban kung ang paaralan ay abisuhan sa pamamagitan ng sulat.**

Lagda ng Magulang o Karapat-dapat na Mag-aaral \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_

NAKA-PRNT na Pangalan ng Magulang o Karapat-dapat na Mag-aara \_\_\_\_\_ Numero ng Telepono \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

**Sa tumatanggap na ahensya/indibidwal:** Ang (mga) nakalistang dokumento/impormasyon sa itaas ay ipapadala sa iyo o sa iyong ahensya lamang sa kundisyon na hindi ito ibabahagi sa ibang ahensya o ibang (mga) tao nang walang nakasulat na pahintulot ng magulang o karapat-dapat na mag-aaral. Ang mga opisyal, empleyado, at ahente ng isang partido na tumatanggap ng (mga) nakalistang dokumento/impormasyon sa itaas ay maaaring gamitin ang (mga) dokumento/impormasyon para lamang sa mga layunin kung saan ginawa ang pagsisiwalat. Mangyaring ibalik ang mga dokumento sa nakalistang paaralan sa itaas kung hindi mo masunod ang kundisyong ito.