



AUTHORIZATION FOR PARTICIPATION IN SPECIAL SERVICES AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACION EN SERVICIOS ESPECIAL



Child/Niño _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento) _____ Site Name/Nombre de Centro _____

Parent/Guardian Name/Padre/Tutor Nombre _____

Telephone Number/Numero de Teléfono Home/Casa () _____ Work/Trabajo () _____

Address/Domicilio _____ Apt# _____ City _____ ZIP Code/Código Postal _____

My child is currently receiving IEP/IFSP related services and I would like him/her to receive them at the Neighborhood House Association's Early Head Start/Head Start site my child attends. / Mi niño está recibiendo servicios de IEP/IFSP y me gustaría que el/ella reciba sus servicios en el sitio de Neighborhood House Association Early Head Start/Head Start, que mi niño asiste.

I authorize/Yo autorizo

- To sign my child in and out from the Head Start program for San Diego Unified School District transportation services. / Para firmar a mi hijo dentro y fuera del programa de Head Start para el transporte de San Diego Unified School District Parent/Guardian Initials / Iniciales de Padre _____
- To sign my child in and out from the EHS/HS program so that he/she can receive these services. / Para firmar a mi hijo dentro y fuera del programa de EHS/HS para que el/ella puede recibir servicios. Parent/Guardian Initials / Iniciales de Padre _____

- Speech/Language Therapy

Name of Agency Providing Service/Nombre del Agencia que Proveerá Los Servicios
- Occupational Therapy

Name of Agency Providing Service/Nombre del Agencia que Proveerá Los Servicios
- Specialized Academic Instruction

Name of Agency Providing Service/Nombre del Agencia que Proveerá Los Servicios
- Adaptive PE _____
Name of Agency Providing Service/Nombre del Agencia que Proveerá Los Servicios
- ABA Therapy _____
Name of Agency Providing Service/Nombre del Agencia que Proveerá Los Servicios
- Others _____
Name of Agency Providing Service/Nombre del Agencia que Proveerá Los Servicios

I understand I will receive a copy of this consent. I have the right to withdraw this authorization at any time. / Yo entiendo que recibiré una copia de este consentimiento. Tengo el derecho de retirar esta autorización a cualquier tiempo.

Signature/Firma _____ Relationship to child/Parentesco con el niño _____

Staff Signature/Firma de Personal _____ Date/Fecha _____ / _____ / _____

Authorization is valid for current program year only/Esta autorización es válida para el año actual del programa.