

**Weslaco Independent School District  
Special Education Department**

Date Sent/ Fecha de Envio: \_\_\_\_\_

**CONSENT FOR DISCLOSURE OF CONFIDENTIAL INFORMATION FOR TRANSITION SERVICES/  
PEDIDO DE AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACION CONFIDENCIAL PARA SRVICIOS DE TRANSICION**

Student/Estudiante: \_\_\_\_\_ DOB/FDN: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_  
Campus/Escuela: \_\_\_\_\_ SS/ID#: \_\_\_\_\_

We are asking that you authorize the persons or agencies named below to disclose to each other confidential information regarding the above named student. / Le solicitamos a usted que de su autorización a la persona/agencia citada a continuación para divulgar o pedir al siguiente empleado de la escuela antecedentes específicos, con información confidencial sobre el estudiante mencionado arriba:

\_\_\_\_\_  
*Neil D. Garza, Special Education Director*

\*Name and Position of School Staff Person/  
\*Nombre y Puesto del Empleado de la Escuela \_\_\_\_\_ and/y

Texas Department of Mental Health and Retardation

Texas Rehabilitation Commision (TRC)

\_\_\_\_\_  
*Weslaco Independent School District*

\*Name of ISD/ Special Education Cooperative/  
\*Nombre de ISD/ Special Education Cooperative \_\_\_\_\_

Texas Workforce Commission (TWC)

Address:/  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
P.O. Box 266

Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Weslaco, TX 78596

PHONE:/  
TELEFONO: (956)969-6822 FAX #: (956)969-6965

*RECORDS TO BE RELEASED/ DISCLOSED *Antecedentes a ser Divulgados	*PURPOSE OF RELEASE/ DISCLOSURE *Proposito de la Divulgacion
<input checked="" type="checkbox"/> Student Name / DOB / Nombre del estudiante / FDN	<input checked="" type="checkbox"/> Initiate/Review Transition Plan / Iniciar/Revisar Plan de Transicion
<input type="checkbox"/> Other / Otro: _____	<input type="checkbox"/> Other/Otra: _____

Please check the appropriate boxes below. For more information please call:/ Favor marque (ii) donde corresponda. Para obtener mas informacion, llame a:

\_\_\_\_\_  
School Staff Person/ Miembro del personal de la escuela at: \_\_\_\_\_  
Telephone Number / Telefono

Yes/ Si  No \*I have been fully informed in my native language or other mode of communication and understand the school's request for my consent, as described above. This information will be disclosed upon receipt of my written consent. / \*He sido complemente informado y entiendo el pedido de mi autorización por parte de la escuela, según se describe arriba. Esta información será divulgada/pedida al recibir mi consentimiento por escrito.

Yes/ Si  No \*I understand that my consent is voluntary and may be revoked anytime. However, I understand that revocation is not retroactive (i.e. It does not negate an action that has occurred after the consent was given and before the consent was revoked). / \*Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que la revocación no es retroactivo (ejemplo: No anula acciones que han ocurrido despues que se ha dado y el consentimiento se ha revocado).

Yes/ Si  No \*I give my permission for the identified records to be released/disclosed to the above named person(s) / agency(ies). / \*Doy mi permiso para los registros identificados sean divulgados/revelados a la persona(s)/agencia(s) mencionadas arriba.

\_\_\_\_\_  
\*Signature of Parent, Guardian, Surrogate Parent, or Adult Student/  
\*Firma de Padre, Guardian, Padre Sustituto, o Estudiante Adulto

\_\_\_\_\_  
\*Date / \*Fecha

\_\_\_\_\_  
\*Signature of Interpreter, if used/ \*Firma del Interprete, Si corresponde

\_\_\_\_\_  
\*Date / \*Fecha

Please return this form to: \_\_\_\_\_ at: \_\_\_\_\_ as soon as possible.  
Por favor, envíe este formulario a: \_\_\_\_\_ School Staff Person / personal de la escuela \_\_\_\_\_ School/ Escuela \_\_\_\_\_ lo antes posible.