



**Department of  
Education &  
Workforce**



**Assistive Technology &  
Accessible Educational  
Materials Center**  
POWERED BY OCALI



**American Printing House  
for the Blind, Inc.**

## PERMISO PARA REGISTRARSE PARA UN CUPO FEDERAL

Nombre del estudiante o de la persona interesada: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor o la persona interesada: \_\_\_\_\_

Cada año, la Oficina para Niños Excepcionales (Office for Exceptional Children) del Departamento de Educación y Trabajo de Ohio (Ohio Department of Education and Workforce) lleva a cabo un registro anual de estudiantes ciegos en el estado de Ohio. Este registro, que realiza el Centro de Tecnología de Apoyo y Materiales Educativos Accesibles (Assistive Technology & Accessible Educational Materials, AT&AEM) del OCALI en nombre del Departamento, tiene lugar en enero y es un requisito de la Ley Federal de Fomento de la Educación de los Ciegos (Federal Act of Promote the Education of the Blind), promulgada en 1870. Esta ley proporciona a Ohio una asignación de fondos federales para la compra de los materiales y equipos educativos adaptados que necesitan los alumnos legalmente ciegos.

Este registro no afectará la colocación o el programa actual de la persona registrada. Para facilitar este registro, el proveedor de servicios de su estudiante completará un formulario de registro y lo enviará al Centro AT&AEM, que a su vez completará el registro federal según sea necesario.

Por la presente autorizo a (el distrito escolar local) a compartir mi información de identificación personal, o la de mi estudiante, como se indica a continuación: Apellido, Nombre, Segundo Nombre, Fecha de nacimiento, Distrito escolar, Colocación de grado, Función visual, Medio de lectura primario y secundario, y referencia cruzada de hermanos también registrados (para evitar duplicación de registros) con los siguientes:

- Representante regional designado del Censo APH (por ejemplo, maestro de personas con discapacidad visual, coordinador de educación especial, especialista en intervención, etc.);
- El Centro de Tecnología de Apoyo y Materiales Educativos Accesibles (AT&AEM);
- La Oficina para Niños Excepcionales del Departamento de Educación de Ohio;
- American Printing House for the Blind (APH).

Toda la información médica debe archivarse en el proveedor de servicios actual de la persona (distrito escolar, programa de aprendizaje infantil o agencia) y debe mantenerse confidencial.

Indique que aprueba este registro marcando la casilla correspondiente y firmando a continuación:

- Apruebo mi registro anual o el de mi estudiante durante cada período de registro, a menos que notifique por escrito al distrito que revoco mi consentimiento.
- No apruebo mi registro o el de mi estudiante.

Firma del padre/madre/tutor o la persona interesada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario completo a la escuela a la que asiste su hijo.**