Suffolk County Department of Social Services

VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA A LA ESCUELA

NOMBRE DEL CASO	NÚMERO DEL CASO

Notificación a todos los Solicitantes/Receptores:

Este formulario, SCO-227 lo debe llenar un funcionario de la escuela para:

- Todos los individuos en su grupo familiar cuyas edades oscilan entre 16 y 19 años.
- Alguna adolescente embarazada o con niños.

SECCIÓN I: AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN	
Por este medio doy permiso al funcionario de la escuela autorizado para que revele al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk la información que se solicita más abajo de los expedientes escolares de los siguientes estudiantes con el fin de determinar la elegibilidad. Yo entiendo que en cualquier momento puedo retirar por escrito mi autorización. Después de retirar mi autorización no se podrá enviar información adicional. Si yo no retiro mi autorización, este permiso para revelar información expirará a los seis meses de la fecha en que fue firmado.	
Firma del padre o tutor	Fecha

SECCIÓN II DEBE LLENARLA EL FUNCIONARIO DE LA ESCUELA					
Nombre del estudiante	Grado	*EDG**	*LRD * **	Tiempo completo	Medio tiempo
				☐	☐
				☐	☐
* Fecha esperada de graduación			* * Última fecha de la matrícula		
Dirección más reciente de los estudiantes (que se conoce)					
Nombre de la escuela					
Firma del funcionario de la escuela			Fecha de la firma		
Título			Teléfono		