



CASO N.º _____

N.º DE IDENT. DE NYC/OSIS DEL ESTUDIANTE _____

OFICINA DE AUDIENCIAS IMPARCIALES: FORMULARIO DE EXENCIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo autorizo a _____ * para ayudarme a representar a mi hijo,
_____ (fecha de nacimiento ___/ ___/ _____) en la audiencia imparcial.

Otorgo autorización a la Oficina de Audiencias Imparciales para comunicarse con la persona nombrada arriba y permitir que esa persona reciba y vea todo material relacionado con este caso. Esta autorización es válida hasta la conclusión del caso o la fecha en que retire mi consentimiento, lo que ocurra primero.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

DIRECCIÓN/NÚMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

FECHA

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

EL ESTADO DE NUEVA YORK

CONDADO DE _____

En el día _____ de _____ del año _____ ante mí, el abajo firmante compareció personalmente _____, a quien conocí personalmente o se probó sobre la base de pruebas satisfactorias que es el individuo cuyo nombre está suscrito en el presente instrumento y se reconoció que él/ella ejecutó el mismo en su capacidad y que, mediante su firma en el instrumento, el individuo o la persona en nombre de la cual actuó el individuo ejecutó el instrumento.

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

Proporcione la siguiente información (escriba en letra de imprenta claramente):

Dirección del representante: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE AUDIENCIAS IMPARCIALES

CORREO ELECTRÓNICO: IHOQuest@schools.nyc.gov (preferido)

FAX: 718-391-6181

CORREO POSTAL: 131 Livingston Street - Room 201, Brooklyn, NY 11201