

Nombre del niño: Fecha de nacimiento:

Nombre del padre/madre:

Dirección:

Número telefónico: \_\_\_\_Correo electrónico:

**Fecha que determina el momento en que los registros serán destruidos (fecha de alta, fecha en que el niño cumple 3 años, fecha de evaluación si no es elegible):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este formulario, junto con el folleto sobre los derechos parentales, sirve como notificación de que el registro de Bith to Three relativo a su hijo se mantendrá por un mínimo de seis años. Durante el periodo de retención de seis años, usted puede solicitar copias de los documentos según lo necesite.

Es importante que las guarde en un lugar seguro. Las razones por las cuales puede necesitar copias de los documentos de Birth to Three incluyen:

* Inscripción en preescolar
* Servicios de educación especial en escuelas públicas
* Servicios de incapacidad del seguro social
* Citas médicas

***Esta es su única notificación de que el registro de su hijo será destruido luego de seis años a partir de la fecha mencionada arriba. Por favor, guárdela con otros documentos que haya recibido.***

Por favor escriba su inicial en la línea 1.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_He recibido una copia de mis derechos y he sido notificado sobre el registro de mi hijo en conformidad con la política de retención de registros de Birth to Three.

Escriba su inicial en la línea 2 solo cuando corresponda.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_He recibido (marque una) una copia / el original (si el programa ya no necesita el original) del informe de la evaluación de mi hijo o de nuestro registro completo. Comprendo que el registro será guardado por un mínimo de seis años a partir de la fecha mencionada arriba.

Mi registro será guardado por:

Nombre de la agencia: Contacto:

Dirección:

Número telefónico: Correo electrónico:

Si la agencia mencionada no siguiera funcionando y usted necesitara copias del registro de su hijo durante el periodo de retención de seis años, por favor, envíe un correo electrónico a [CTBirth23@ct.gov](mailto:CTBirth23@ct.gov) o comuníquese al 860-500-4400.

Para programas según corresponda (si la familia se retira antes de completar el formulario)

El formulario de FECHA se envió por correo electrónico a la familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este formulario cumple con la política estatal; CGS § 17a-248 et seq. y con las regulaciones federales de la sección 303.403 de la ley IDEA Parte C.