

CONSENT TO RELEASE INFORMATION TO ACT

Examinee Test Accessibility Accommodations Information

School officials: Print this document, have it signed, and keep it on file for one year as a record of your administration. Please do not send this form to ACT.

Print the examinee's first and last name.

Examinee First Name

Examinee Last Name

Parent/Guardian/Student Consent

I authorize the release of documents or other information related to requesting accommodations to ACT by school officials, physicians, or others having such information, as requested by ACT. I understand that any documentation or information provided to ACT will remain with the records related to the request and will not become part of the examinee's permanent score record. If this request for accommodations is not approved based on the information submitted, I understand the examinee may be required to test without the requested accommodations.

Parent/Legal Guardian or Student (if over the age of 18) signature

Date

Telephone Consent (instead of the above consent)

I verify that I have spoken to the examinee's parent or legal guardian by telephone and obtained their permission to release information to ACT specifically as described above.

School Official (signature)

Date

إعطاء الموافقة والإذن للكشف عن معلومات خاصة بك إلى ACT

معلومات عن إمكانية حصول المُمتَحَنين على مواءمات لخوض الامتحان

إلى مسؤول المدرسة: يُرجى طباعة هذه الورقة ثم أطلب أن يتمّ التوقيع عليها واحتفظ بها في ملفاتكم لمدة سنة واحدة كسجل من إعطائكم هذا الاختبار. الرجاء عدم إرسال هذا النموذج إلى ACT

اكتب الاسم الأول والأخير للمُمتَحَن(ة) بحروف كبيرة وواضحة.

الاسم الأول للمُمتَحَن(ة)

الاسم الأخير للمُمتَحَن(ة)

إعطاء الوالد(ة) أو الوصي(ة) أو الطالب(ة) الموافقة والإذن

أعطي إذنني إلى مسؤولي المدرسة أو الأطباء أو غيرهم ممّن لديهم وثائق أو معلومات متعلّقة بطلب التماس تقديم مواءمات أن يكشفوها إلى ACT ويعطوها لها على النحو الذي تلتزم ACT طلبها. وأدرك أن كل الوثائق أو المعلومات التي يتمّ تقديمها إلى ACT ستبقى في السجلات المتعلّقة بالطلب ولن تصبح جزءاً من السجل الدائم لدرجات المُمتَحَن(ة). وإذا لم تُعط الموافقة على هذا الطلب للحصول على المواءمات استناداً إلى المعلومات المقدّمة، فإنني أفهم بأنه قد يُطلب من المُمتَحَن(ة) الخضوع إلى الاختبار دون الحصول على المواءمات المُلتَمَس طلبها.

التاريخ

توقيع الوالد(ة) أو الوصي القانوني أو الطالب(ة) (إذا كان عمره/عمرها أكثر من 18 عاماً)

إعطاء الموافقة والإذن هاتفياً (بدلاً من الموافقة أعلاه)

أثبتت بأنني تكلمت هاتفياً مع والد(ة) المُمتَحَن(ة) أو الوصي القانوني عنه/عنها، وحصلت على إذن منه أو منها لكشف المعلومات إلى ACT على النحو الموصوف أعلاه.

التاريخ

توقيع مسؤول المدرسة

CONSENTIMENTO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES À ACT

Informações sobre acomodações de acessibilidade para examinados

Autoridade escolar: este documento deve ser impresso, assinado e arquivado por um ano como registro de sua administração. Não envie este formulário para a ACT.

Nome e sobrenome do examinado, em letra de forma

Nome do examinado

Sobrenome do examinado

Consentimento do pai/mãe/responsável legal/estudante

Autorizo a divulgação de documentos ou outras informações referentes à solicitação de acomodações para a ACT pelas autoridades escolares, médicos ou outras pessoas que tenham essas informações, conforme solicitado pela ACT. Estou ciente de que toda documentação ou informação fornecida para a ACT permanecerá nos registros referentes à solicitação e não fará parte do histórico de pontuação permanente do examinado. Se esta solicitação de acomodações não for aprovada com base nas informações enviadas, entendo que o examinado poderá ser obrigado a fazer o exame sem as acomodações solicitadas.

Assinatura do pai/mãe/responsável legal ou estudante
(se tiver mais de 18 anos)

Data

Consentimento pelo telefone (em vez do consentimento mostrado acima)

Confirmo que conversei por telefone com o pai, mãe ou responsável legal do examinado, e que obtive sua permissão para divulgar informações para a ACT conforme especificado acima.

Autoridade escolar (Assinatura)

Data

向 ACT 披露信息之同意书

考生考试无障碍便利信息

学校官员：请打印并签署此文档，并将其作为管理记录存档一年。请不要将本同意书发送给 ACT。

正楷书写考生的名字和姓氏。

考生名字

考生姓氏

家长/监护人/学生同意书

本人授权学校官员、医生或其他掌握此类信息的人员根据 ACT 要求向 ACT 披露与申请便利有关的文件或其他信息。我了解，提供给 ACT 的任何文件或信息将保留在与申请相关的记录中，不会成为考生永久评分记录的一部分。如果根据提交的信息，该便利申请未获得批准，我了解考生可能会被要求在未提供所申请的便利的情况下进行考试。

家长/法定监护人或学生（如果超过 18 岁）签名

日期

电话同意（代替上述同意）

本人确认已通过电话与考生的家长或法定监护人进行了交谈，并获得了他们的许可，可以向 ACT 披露上述信息。

学校官员（签名）

日期



向 ACT 披露資訊之同意書

考生考試無障礙便利資訊

學校官員：請列印並簽署此文件，將其作為行政記錄存檔一年。請不要將本同意書發送給 ACT。

書寫考生的印刷體名字和姓氏。

考生名字

考生姓氏

家長/監護人/學生同意書

本人授權學校官員、醫生或其他掌握此類資訊的人員根據 ACT 要求向 ACT 披露與申請便利有關的文件或其他資訊。我瞭解，向 ACT 提供的任何文件或資訊將保留在相關申請記錄中，不會成為考生永久分數記錄的一部分。如果根據提交的資訊，該便利申請未獲得批准，我瞭解考生可能會被要求在未提供所申請的便利的情況下進行考試。

家長/法定監護人或學生 (如果年滿 18 歲) 簽名

日期

電話同意 (代替上述同意)

我確認我已透過電話與考生的家長或法定監護人進行交談，並獲得了他們的許可，可向 ACT 披露上述資訊。

學校官員 (簽名)

日期

CONSENTEMENT À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS À ACT

Informations sur les aménagements d'accessibilité des épreuves pour les candidats

Responsables scolaires : Imprimez ce document, faites-le signer et conservez-le pendant un an dans les dossiers de votre administration. N'envoyez pas ce formulaire à ACT.

Indiquer les prénom et nom de famille du/de la candidat(e) en caractères d'imprimerie.

Prénom du/de la candidat(e)

Nom de famille du/de la candidat(e)

Consentement de l'un des parents ou du tuteur ou de l'étudiant(e)

J'autorise les responsables scolaires, les médecins ou toute autre personne disposant de ces informations à communiquer à ACT, à la demande d'ACT, les documents ou autres informations relatifs à la demande de mesures d'aménagements. Je comprends que toute documentation ou information communiquée à ACT sera conservée avec les dossiers liés à la demande et ne sera pas jointe au dossier de la note permanente attribuée au/à la candidat(e). En cas de rejet de la demande de mesures d'aménagement sur la base des renseignements indiqués, je comprends que le/la candidat(e) devra peut-être passer le test sans bénéficier de ces aménagements.

Signature de l'un des parents ou du tuteur légal ou
de l'étudiant(e) (s'il ou elle est âgé(e) de plus de 18 ans)

Date

Consentement par téléphone (au lieu du consentement ci-dessus)

Je confirme m'être entretenu(e) par téléphone avec l'un des parents ou le tuteur légal du/de la candidat(e) et avoir obtenu sa permission pour communiquer les informations à ACT tel qu'il est précisé ci-dessus.

Signature du/de la responsable scolaire

Date

EINWILLIGUNG IN DIE BEKANNTGABE VON INFORMATIONEN AN ACT

Hinweise zu Anpassungen für Prüfungskandidaten/- kandidatinnen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit

An die zuständigen Angestellten der Schule: Drucken Sie dieses Dokument aus, lassen Sie es unterzeichnen und bewahren Sie es als Nachweis Ihrer Bearbeitung ein Jahr lang auf.
Bitte übermitteln Sie dieses Formular nicht an ACT.

Vor- und Nachnamen des/der Prüfungskandidaten/-kandidatin in Druckschrift eintragen.

Vorname des/der
Prüfungskandidaten/-kandidatin

Nachname des/der
Prüfungskandidaten/-kandidatin

Einwilligung der Eltern/des Vormunds/des Schülers/der Schülerin

Ich genehmige die Bekanntgabe von Dokumenten oder sonstigen Daten mit einem Bezug auf die Beantragung besonderer Vorkehrungen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit durch Schulangestellte, Ärzte oder andere im Besitz dieser Informationen befindliche Personen an ACT, sofern ACT diese anfordert. Ich bin mir der Tatsache bewusst, dass alle an ACT weitergegebenen Dokumente oder Informationen bei den mit dem Antrag in Verbindung stehenden Unterlagen verbleiben und nicht Teil des dauerhaften Leistungs- und Notennachweises des/der Prüfungskandidaten/-kandidatin werden. Wenn dieser Antrag auf besondere Vorkehrungen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit auf der Basis der von mir vorgelegten Informationen nicht genehmigt wird, bestätige ich, mir darüber im Klaren zu sein, dass der/die Prüfungskandidat/-kandidatin die Prüfung gegebenenfalls ohne die beantragten besonderen Vorkehrungen ablegen muss.

Unterschrift eines Elternteils/des gesetzlichen
Vormunds oder des Schülers/der Schülerin (falls älter als 18)

Datum

Telefonische Einwilligung (anstatt der obigen schriftlichen Einwilligung)

Ich bestätige, dass ich telefonisch mit einem Elternteil oder dem Vormund des/der Prüfungskandidaten/-kandidatin gesprochen und seine Einwilligung eingeholt habe, die Informationen gemäß der obigen Beschreibung an ACT weiterzugeben.

Unterschrift des/der Schulangestellten

Datum

KONSANTMAN POU BAY ENFÒMASYON SOU ACT

Enfòmasyon sou Akomodasyon Aksè pou Tès Kandida a

Responsab Lekòl: Enprime dokiman sa a, fè yo siyen li, epi konsève li nan dosye pandan yon ane kòm yon dosye pou administrasyon w. Tanpri pa voye fòm sa a bay ACT.

Enprime prenon ak non moun k ap pran egzamen an.

Prenon Moun k ap Pran Egzamen an

Non Moun k ap Pran Egzamen an

Konsantman Paran/Gadyen/Elèv

Mwen responsab lekòl yo, doktè, oswa lòt moun ki gen enfòmasyon sa yo pou yo divilge dokiman oswa lòt enfòmasyon ki gen rapò ak demann akomodasyon bay ACT, jan ACT mande sa. Mwen konprann nenpòt dokiman oswa enfòmasyon yo bay ACT ap rete nan dosye ki gen rapò ak demann lan epi yo pa pral vin fè pati dosye nòt pèmanan moun k ap pran egzamen an. Si yo pa apwouve demann akomodasyon sa a dapre enfòmasyon ki soumèt yo, mwen konprann moun k ap pran egzamen an ka oblije pran tès la san akomodasyon yo mande a.

Siyati Paran/Gadyen Legal oswa Elèv la (si li depase laj 18 an)

Dat

Konsantman nan Telefòn (olye de konsantman ki anlè a)

Mwen verifye mwen te pale ak paran oswa gadyen legal moun k ap pran egzamen an nan telefòn epi mwen te jwenn pèmasyon yo pou m divilge enfòmasyon bay ACT espesyalman jan sa dekri anwo a.

Responsab Lekòl la (siyati)

Dat

TSO CAI LOS NTHUAV TAWM NTAUB NTAWV MUS RAU ACT

Kev Kuaj Xyuas Cov Ntaub Ntawv Hais Txog Kev Mus Cuag Tau Qhov Pab Kev Yooj Yim Rau Tus Neeg Mus Xeem

Neeg Lis Hauj Lwm Tim Tsev Kawm Ntawv: Luam daim ntawv no tawm, hais kom kos npe rau, thiab muab khaws cia rau hauv lub plhaub rau ntawv cia ua koj cov ntawv teev tseg uas yuav siv mus ntev txog ib lub xyos. Thov txhob xa daim foos no mus rau ACT.

Sau tus xeem xeem ntawv lub npe thiab lub xeem.

Tus Neeg Xeem Ntawv Lub Npe

Tus Neeg Xeem Ntawv Lub Xeem

Niam thiab Txiv/Tus Saib Xyuas Me Nyuam/Tus Tub Ntxhais Kawm Ntawv Tso Cai

Kuv tso cai muab cov ntaub ntawv sau los sis lwm cov ntaub ntawv uas ntsig txog rau kev thov kev pab yooj yim rau ACT los ntawm tus neeg lis hauj lwm tim tsev kawm ntawv, cov kws kuaj mob, los sis lwm cov uas muaj cov ntaub ntawv zoo li no, raws li tau thov los ntawm ACT. Kuv nkag siab tias txhua cov ntaub ntawv los sis kev paub tau muab mus rau ACT yuav raug muab khaws tseg nrog cov ntaub ntawv cuam tshuam qhov thov thiab yuav tsis yog ib feem ntawm tus xeem ntawv tus qhab nia sau tseg tag mus ib txhis. Yog tias tsis pom zoo rau qhov kev thov pab kev yooj yim no vim saib raws li cov ntaub ntawv uas tau xa tuaj ntawd, kuv nkag siab tej zaum tus neeg mus kuaj no yuav tau kuaj yam tsis tas muaj kev thov kev pab kev yooj yim.

Niam thiab Txiv/Tus Saib Xyuas Me Nyuam Raws
Cai los sis Tus Tub Ntxhais Kawm Ntawv (yog tias
muaj hnuv nyoog tshaj 18 xyoo) kos npe

Hnuv Tim

[Muab Kev Pom Zoo Raws Hauv Xov Tooj](#) (hloov rau qhov pom zoo saum toj saud)

Kuv lav tias kuv tau sib tham nrog tus xeem ntawv niam thiab txiv los sis tus saib xyuas me nyuam los ntawm xov tooj, thiab tau txais lawv qhov kev pom zoo los nthuav tawm cov ntaub ntawv mus rau ACT tshwj xeeb yog raws li tau piav qhia los sab saum toj no.

Tus Neeg Lis Hauj Lwm Tim Tsev Kawm Ntawv (kos npe)

Hnuv Tim

ACTへの情報公開に関する同意書

受験者の試験におけるアクセシビリティ配慮情報

学校関係者の方へ: この文書を印刷し、署名してもらい、管理の記録として1年間保管してください。
この用紙をACTに送付しないでください。

受験者の名前(楷書で記入)

(姓)

(名)

親/保護者/学生の同意

私は、ACTの要請を受けて、学校関係者、医師、その他当該情報を有する者が、配慮の要請に関する書類やその他の情報をACTに開示することを承認します。私は、ACTに提供されたいかなる文書または情報もその要請に関連する記録と共に残り、受験者の恒久的な得点記録の一部にはならないことを理解しています。配慮に関するこの要請が、提出された情報に基づいて承認されない場合、受験者は要請された配慮のない状態で試験しなければならない可能性があることを私は理解しています。

保護者/法定後見人または学生(18歳以上の場合)の署名

日付

電話による同意(上記の同意に代えて)

私は受験者の親または法定後見人と電話で話したことを確認し、上記の通りACTへの情報公開に関して許可を得たことを確認します。

学校関係者の署名

日付

ACT 정보 공개 동의 수험생 TAA(시험 접근성 편의 지원) 정보

학교 관계자: 이 문서를 인쇄하여 서명을 받은 후, 관리 기록으로 1년간 보관하십시오.
이 양식을 ACT에 전송하지 마십시오.

수험생의 전체 이름을 인쇄하십시오.

수험생 이름

수험생 성

부모/보호자/학생 동의

본인은 ACT의 요청에 따라, 학교 관계자, 의사 또는 기타 해당 정보를 보유한 사람이 ACT에 요청하는 편의 제공과 관련된 문서 또는 기타 정보를 공개하는 것을 승인합니다. 본인은 ACT에 제공한 모든 문서 또는 정보가 요청과 관련된 기록과 함께 보관되며 수험생의 영구적인 점수 기록에 포함되지 않는다는 것을 이해합니다. 제출한 정보를 기반으로 편의 제공 지원 요청이 승인되지 않는 경우, 본인은 요청한 숙박 시설을 지원받지 않고 시험을 치르게 될 수도 있음을 이해합니다.

부모/법적 보호자 또는 학생(만 18세 이상인 경우) 서명

일자

전화 동의(상기 동의를 대신함)

본인은 수험생의 부모 또는 법적 보호자에게 전화상으로 상기 내용을 알렸고 설명된 바와 같이 ACT에 정보를 공개할 권한을 얻었음을 확인합니다.

학교 관계자(서명)

일자

ACT BICH'Í' HANE' BEE LĄ ALEEHIÍ

Na'alkaahí dí Naaltsoos bee Na'alkaahí Néiníł'ijh dóó Yaa Halne'

Ółta" binaat'aanii: Dí naaltsoos béé'ídléeh, hane'dii bízhi' ííléeh, dóó hasht'e niníłtsóós t'ááłá'í nááhaij' bee ééhózin dooleet biniyé. T'áá shqódi dí naaltsoos ACT bich'í' óóléeh lágo.

Nabídi'nitaahígíí bízhi' aláají'ígíí dóó akéédąą'ígíí áníléeh.

Nadbídi'nitaahígíí bízhi' aláají'ígíí

Nadbídi'nitaahígíí bízhi' akéédąą'ígíí

Amá Azh 'é/Aniséhi/Ółta'í Lą Áleehti

Dí naaltsoos dóó hane' kwe'é wókeedígíí éí ACT wolyéhígíí bee atkéé' asdzínígíí ółta'í yinaat'aanii, azee'íł'íní, éí doodago t'áá háida dí hane' yinaal'íł'hígíí, ACT wókeedígíí bik'ehgo, dooleet nígo shíł bééhózin. Bik'í' diishtiijhgo dí naaltsoos dóó hane' ACT be bíł hane'ígíí éí dí bee lą aleehtígíí naaltsoos nanideehígíí t'áá át'é bíł nanideeh dooleet, áádóó doo examinee biyi'deet'ąąhígíí naaltsoos bik'ehgo doo t'áá ajił'í'ígíí doo dásidooleet da. Dí kwe'é wókeedígíí doo bee azl'í'ígóó kwe'é baa hane'ígíí binahji' bik'í' diishtiijhgo, nabídi'nitaahígíí t'óó nabí'dí'nóotah; kwe'é wókeedígíí t'áágééd.

Amá Azhé'é/Aniséhi éí doodago Ółta'í
(18 dóó yówohji' binááhaiígíí) bízhi'ííléeh

Yóółkáál

Béesh bee hane'í bee lą alééh (wódahgo bee lą alééhígíí éí doodaga)

Nabí'nitaahígíí bimá dóó bizhé'é éí doodago biniséhígíí béesh bee hane'é bee bich'í' haasdží', dóó wódahgo baa hane'ígíí ACT bich'í' hane' ádoolníł'ígíí yee lą asł'í'.

Ółta'í yá naagháhígíí (bízhí')

Yóółkáál

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ АСТ

Информация об обеспечении удобств во время тестирования для экзаменуемых с особыми потребностями

Представители школы: Распечатайте этот документ, подпишите его и храните в течение одного года в качестве подтверждения согласия. Пожалуйста, не отправляйте эту форму в АСТ.

Имя и фамилия экзаменуемого (печатными буквами):

Имя экзаменуемого

Фамилия экзаменуемого

Согласие родителя/опекуна/учащегося

Я разрешаю передачу АСТ документации и прочей информации, относящейся к настоящему Заявлению об обеспечении удобств администрацией школы, врачами и другими лицами, которые ею располагают, в случае поступления от АСТ соответствующего запроса. Мне известно, что любая документация и информация, предоставляемая АСТ, останется в архивах, относящихся к Заявлению, и не будет включена в личное дело экзаменуемого. Мне известно, что если Заявление об обеспечении удобств отклоняется на основании предоставленной информации, то экзаменуемому, возможно, придется пройти тестирование без обеспечения удобств.

Подпись родителя/законного опекуна или совершеннолетнего учащегося Дата
(если старше 18 лет)

Получение разрешения по телефону (вместо вышеуказанного разрешения)

Я подтверждаю, что поговорил(а) с родителем или законным опекуном экзаменуемого по телефону, и мною получено его/ее разрешение на передачу АСТ информации в порядке, описанном выше.

Представитель школы (подпись)

Дата

MALIEGA E TU'U ATU FA'AMATALAGA ILE ACT

Tagata su'esu'e Su'ega Avanoa Fa'amatalaga Nofoga

Aoga ofisa: Lolomi le pepa lenei o faamatalaga, ia saina, ma teu i totonu o faila mo se tausaga e tasi e avea ma faamaumauga o le tou ofisa. Faamolemole aua le auina atu lenei fomu i ACT.

Tusi lolomi le igoa muamua ma le faai'u o le tamaitiiti su'e.

Igoa Muamua o le Tamaitiiti Su'e

Faai'u o le Tamaitiiti Su'e

Faatagana/Matua/Lē o Tausia/Tamaitiiti A'oga

Ou te faatagaina le tu'uina atu o pepa po'o isi fa'amatalaga e feso'ota'i ma le talosagaina o mea e nofo ai i le ACT e le a'oga, foma'i, po'o isi o lo'o i ai ia fa'amatalaga, e pei ona talosagaina e le ACT. Ou te malamalama faapea o soo se faamaumauga po o faamatalaga o loo tuuina atu i le ACT o le a tumau faatasi ai ma faamaumauga e faatatau i le talosaga ma o le a lē avea ma vaega ma faamaumauga tūmau o togi a le tamaitiiti su'e. Afai o le talosaga lea mo mea e nofo ai e le'o fa'atagaina e fa'atatau i fa'amatalaga na tu'uina mai, ou te malamalama e ono mana'omia le su'ega e su'e e aunoa ma le mea e nofo ai.

Saina Matua/Tauai Tulafono po'o Tamaiti A'oga
(pe afai e sili atu i le 18 tausaga).

Aso

Telefoni Maliega (nai lo le fa'atagaga i luga)

Ua ou faamaonia atu faapea ua ou talanoa atu i matua o le tamaitiiti su'e po o matua o tausia faale-tulafono e ala i le telefoni ma maua mai ai le lā faatagana ina ia faamatuuina atu faamatalaga i le ACT faapitoa lava e pei ona faamatalaina atu i luga.

Saina a le Tagata Ofisa o le A'oga

Aso

OGOLAANSHAHA SIIDEYNTA WARBIXINTA EE ACT

Warbixinta Hoyga Helitaanka Tijaabada Imtixaanka

Sarkaalka Dugsiga: Daabaco dokumentigaan, hala saxiixo, oo ku haay feelka hal sanno sida diiwaanka maamulkaaga. Fadlan haku soo dirin foomkaan ACT.

Daabac magaca koowaad iyo labaad imtixaan qaataha.

Magaca Koowaad Imtixaan qaataha

Magaca Dambe Imtixaan qaataha

Ogolaanshaha Waalidka/Masuulka/Ardayga

Waxaan ogolaaday siideynta dokumentiyada ama warbixinta kale ee la xiriirta codsashada hoyga ee ACT ee ka imaaneyso saraakiisha dugsiga, dhaqaatiirta, ama haysashada warbixin noocaas ah, sida ay codsatay ACT. Waan fahamsannahay in dokuminta ama warbixin walba ee la siiyo ACT ay ku hareeyso diiwaanada la xiriiro codsiga oo kama qeyb noqoneyso diiwaanka buunadada joogtada ah ee imtixaan qaataha. Haddii codsigaan hoyga aan lagu ansixin sida waafaqsan warbixinta la gudbiyay, waan fahamsannahay in imtixaan qaataha looga baahanayo imtixaan iyada oo aan jirin hoyga la codsaday.

Waalidka/Masuulka Sharciga ama Ardayga
(haddii ka weynyahay da'da 18) saxiixa

Taariiqda

Ogolaanshaha Taleefonka (badelkii ogolaanshaha kore)

Waxaan xaqiijinayaa inaan kula hadlay taleefonka waalidka imtixaan qaataha ama masuulka sharciga oo aan ka helay ogolaanshahooda loogu siideynayo warbixin ACT gaar ahaan sida kor lagu qeexay.

Sarkaalka Dugsiga (saxiixa)

Taariiqda

CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN A ACT

Información sobre adaptaciones de accesibilidad para el examinando durante el examen

Funcionario/a escolar: imprima este documento, obtenga las firmas y guárdelo durante un año como registro de su administración. No envíe este formulario a ACT.

Escriba el nombre y apellido del examinando en letra de molde.

Nombre del examinando

Apellido del examinando

Consentimiento del padre/madre/tutor/estudiante

Autorizo la divulgación de documentos u otra información relacionada con la solicitud de adaptaciones a ACT por parte de funcionarios escolares, médicos u otras personas que tengan en su poder dicha información, según lo solicite ACT. Entiendo que cualquier documentación o información proporcionada a ACT permanecerá con los registros relacionados con la solicitud y no se convertirá en parte del registro de calificación permanente del examinando. Si esta solicitud de adaptaciones no se autoriza con base en la información proporcionada, entiendo que el examinando podrá tener que tomar el examen sin las adaptaciones solicitadas.

Firma del padre/la madre/el tutor legal o el
estudiante (si es mayor de 18 años)

Fecha

Consentimiento telefónico (en lugar del consentimiento que aparece en este documento)

Verifico que he hablado con el padre, la madre o el tutor legal del examinando por teléfono y he obtenido su permiso para proporcionar información a ACT, específicamente como se describe anteriormente.

Funcionario escolar (firma)

Fecha

PAHINTULOT PARA SA PAGHAYAG NG IMPORMASYON SA ACT

Impormasyon sa mga Akomodasyong Pantulong sa Pagsusulit Para sa Kumukuha ng Pagsusulit

Mga opisyal ng paaralan: I-print ang dokumentong ito, lagdaan at panatilihing naka-file sa loob ng isang taon bilang rekord ng iyong pangasiwaan. Mangyaring huwag ipadala ang form na ito sa ACT.

Isulat ang pangalan at apelyido ng kumukuha ng pagsusulit.

Pangalan ng Kumukuha ng Pagsusulit

Apelyido ng Kumukuha ng Pagsusulit

Pahintulot ng Magulang/Tagapangalaga/Mag-aaral

Pinapahintulutan ko ang pagpapalabas ng mga dokumento o iba pang impormasyong nauugnay sa paghiling ng mga akomodasyon sa ACT ng mga opisyal ng paaralan, doktor, o iba pang may ganoong impormasyon, gaya ng hinihiling ng ACT. Nauunawaan ko na mananatili ang anumang dokumentasyon o impormasyong ibinigay sa ACT kasama ng mga rekord na may kaugnayan sa kahilingan at hindi magiging bahagi ng permanenteng rekord ng marka ng kumukuha ng pagsusulit. Kung hindi naaprubahan ang kahilingan para sa mga akomodasyon batay sa isinumiteng impormasyon, nauunawaan ko na maaaring kailanganing kunin ng kumukuha ng pagsusulit ang nasabing pagsusulit nang wala ang mga hiniling na akomodasyon.

Lagda ng Magulang/Legal na Tagapangalaga o
Mag-aaral (kung higit sa 18 taong gulang ang edad)

Petsa

Pahintulot sa Pamamagitan ng Telepono (sa halip na pahintulot sa itaas)

Ipinapagtibay ko na nakausap ko sa pamamagitan ng telepono ang magulang o legal na tagapangalaga ng kumukuha ng pagsusulit at nakuha ang kanyang pahintulot na ihayag ang impormasyon sa ACT nang partikular ayon sa inilarawan sa itaas.

Opisyal ng Paaralan (lagda)

Petsa

FAKANGOFUA KE TUKUANGE FAKAMATALA KI HE ACT

Vakai'i 'a e fakamatala ki he ngaahi nofo'anga 'oku lava ke ma'u 'i he sivi

Kau Ngāue he 'Apiakó: Paaki 'a e tohi ni, fakamo'oni'i, pea tauhi he faile ki ha ta'u 'e taha ke hoko ko ha lekooti ho ngāué. Kataki 'o 'oua na'a 'ave 'a e foomu ko 'eni ki he ACT.

Tohi'i mai 'a e hingoa 'uluaki mo e faka'osi 'o e tokotaha fai sivi.

Hingoa 'Uluaki Tokotaha fai sivi

Hingoa Faka'osi Tokotaha fai sivi

Matu'a/Tauhi Fanau Fakalao/Fakangofua 'a e Fanau Akó

'Oku ou fakangofua 'a e kau 'ofisa 'o e ako, kau toketaa, pe ni'ihi kehe 'oku 'i ai ha'anau fakamatala fekau'aki mo ia ke nau vahevahe 'a e ngaahi fakamatala fekau'aki mo 'eku kole ki ha nofo'anga, 'o hange ko e kole 'a e ACT. 'Oku ou fakahaa'i ko ha fa'ahinga fakamatala 'oku fakahu ki he ACT 'e tauhi ia fakataha mo e ngaahi lekooti fekau'aki mo e kole ko 'eni pea 'e 'ikai tanaki atu ia ki he lekooti maaka tu'uma'u 'a e tokotaha sivi. 'Oku mahino foki kiate au kapau 'e 'ikai tali 'eku kole ki ha nofo'anga makatu'unga 'i he fakamatala 'oku 'omai, 'e ala fiema'u ke fai 'e he tokotaha sivi 'a e sivi ta'e kau ai 'a e nofo'anga na'e kole mai.

Fakamo'oni Matu'a/Tauhi Fakalao Fanau pe Tokotaha Ako
(kapau 'oku lahi he ta'u 18)

'Aho

Fakangofua Telefoni (makehe mei he fakangofua 'i 'olunga)

'Oku ou fakapapau'i na'u 'osi talanoa mo e matu'a pe ko e tauhi fakalao fanau he telefoni pea ma'u mo 'enau fakangofua ke tukuange 'a e ngaahi fakamatala ki he ACT tautau tefito ki he ngaahi me'a 'oku fakamatala'i 'i 'olungā.

Fakamo'oni Kau Ngāue 'Apiakó

'Aho

ĐỒNG Ý CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN CHO ACT

Thông Tin về Phương Tiện Trợ Giúp Đặc Biệt cho Thí Sinh Dự Thi

Viên chức nhà trường: In tài liệu này, lấy chữ ký cần thiết và lưu hồ sơ trong một năm để lập hồ sơ quản lý của quý vị. Vui lòng không gửi biểu mẫu này cho ACT.

Viết in hoa tên và họ của thí sinh.

Tên của Thí Sinh

Họ của Thí Sinh

Đồng Ý Cho Phép của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh

Tôi cho phép tiết lộ các tài liệu hoặc thông tin khác liên quan đến các yêu cầu phương tiện trợ giúp đặc biệt cho ACT của các viên chức nhà trường, bác sĩ hoặc những người khác có thông tin đó, theo yêu cầu của ACT. Tôi hiểu rằng bất kỳ tài liệu hay thông tin nào cung cấp cho ACT sẽ được lưu trong hồ sơ liên quan đến yêu cầu đó và sẽ không nằm trong hồ sơ điểm cố định của thí sinh. Nếu yêu cầu cung cấp phương tiện trợ giúp đặc biệt này không được chấp thuận dựa trên thông tin cung cấp, tôi hiểu rằng thí sinh có thể cần phải dự thi mà không có các phương tiện trợ giúp đặc biệt đã yêu cầu.

Chữ ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ
Hợp Pháp hoặc Học Sinh (nếu trên 18 tuổi)

Ngày

Đồng Ý Cho Phép Qua Điện Thoại (thay vì nội dung cho phép ở trên)

Tôi xác nhận rằng tôi đã nói chuyện với phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của thí sinh qua điện thoại, và đã có được sự cho phép tiết lộ thông tin cho ACT, như trình bày cụ thể ở trên.

Viên Chức Nhà Trường (chữ ký)

Ngày