Autorización Para Divulgar Información Confidencial

South Central Workforce
1205 Ahtanum Ridge Dr., Suite B
Union Gap, WA 98903
People for People (509) 248-6726
People for People FAX (509) 249-4287
Email: reception@pfp.org

Nombre Del Aplicante/Participante_____

Numero de Seguro social _____

Yo, _____, authorizo a empleadores, escuelas, y agencias para proporcionar información a la oficina South Central Workforce y a su contratista _____para asistencia a recibir servicios incluyendo entrenamiento, empleo, asistencia de deslocalización y servicios de seguimiento .

Entiendo que es mi derecho ocultar esta autorización. Ocultando mi consentimiento no afecta mi elegibilidad para servicios. Tambien entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que el titular de la información/registros ya ha tomado medidas sobre la autorización. Esta forma de consentimiento no suelta medico, VIH/SIDA información relacionada o alcohol/drogas
información relacionada. He recibido una copia de esta liberación.

Yo authorizo la oficina de South Central Workforce y a su contratista para mantener la mi aplicación del programa y la información en un banco de datos común, que será accesible por otras agencias que podran ayudar con otros de servicios aplicables.

Yo authorizo la oficina de South Central Workforce y a su contratista para tener acceso a los salarios y información de mis empleadores através de Sistema de Disempleo. El uso de la información deberá ser con el propósito de planifica y proporcionár servicios y el cumplimiento de los estándares del programa.

Yo authorizo la oficina de South Central Workforce y a su contratista para tener acceso a mis registros de inscripción de cualquier escuela que estoy asociado. La información se utilizará para rastrear y reportar mi colocación de educación que forma parte de los requisitos del programa.

Esta versión sera efecto en la fecha de la firma abajo, y permanecerá en vigor hasta un año después mi salida del programa. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial según lo definido por el federal, estado, y las regulaciones locales. También entiendo que puedo revocar esta autorización de

información por escrito en cualquier momento a presentar una solicitud por escrito a la oficina South Central Workforce o su contratista.

_____	_____
Firma Del Aplicante/Participante	Fecha
_____	_____
Firma del Padre (si el participante es menor)	Fecha
_____	_____
Firma de Representante	Fecha