



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEBE SER FIRMADA POR TESTIGO O NOTARIO

Nombre (en letra de imprenta) _____

Número de seguro social (sólo con fines de identificación) _____

Autorizo al Departamento de Empleo, estado de Oregon, a divulgar a: (nombre de la persona natural o jurídica) _____

la siguiente información contenida en mis registros archivados en el Departamento de Empleo: (sírvase colocar sus **iniciales** donde sea pertinente)

- _____ mi nombre, dirección, número de teléfono e información demográfica,
- _____ información sobre servicios que he recibido o recibiré,
- _____ historia laboral y otra información que proporcioné con fines de colocación de empleo,
- _____ información de registro de salario,
- _____ información del seguro por desempleo (es decir ECLM y/o informe de Salario y Beneficios, etc.),
- _____ servicio de información acerca del TAA (ej., capacitación, búsqueda de trabajo y reubicación) y/o información acerca del seguro por desempleo TRA
- _____ otra información (la información que se divulgará debe identificarse específicamente)



Tengo entendido que esta autorización entrará en vigencia hasta que yo la cancele por escrito (para información de colocación) o por la duración de mi reclamo del seguro por desempleo (para información del seguro por desempleo),

Tengo entendido que la información contenida en mis registros es confidencial y que apruebo la divulgación de la información mencionada anteriormente,

tengo entendido el fin de esta autorización,

firmo por mi propia voluntad y no he sido presionado a hacerlo.

Firma _____ Fecha _____

NOTA: Se prohíbe la redivulgación de cualquier información recibida

DEPARTAMENTO DE EMPLEO	ASOCIADO DE PASO*
<p>Si un miembro del personal del Departamento de Empleo es testigo, se debe completar la siguiente sección.</p> <p>Nombre del testigo en letra de imprenta _____</p> <p>Firma del testigo _____</p> <p>Oficina _____</p>	<p>Si un asociado de paso es testigo, se debe completar la siguiente sección. Los asociados deben conservar este documento y entregarlo al Departamento de Empleo con cualquier/toda solicitud de información.</p> <p>Organización del asociado _____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del testigo en letra de imprenta _____</p> <p>Firma del testigo _____</p> <p>Número de teléfono del testigo _____</p>
NOTARIO	
<p>Si es certificado por notario, se debe completar lo siguiente:</p> <p>Estado de _____ Condado _____</p> <p>Firma (del notario) _____</p> <p>Mi comisión vence el _____</p>	<p>*El miembro del personal del asociado autorizado debe haber firmado el compromiso de confidencialidad del Departamento de Empleo</p>

WorkSource Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Hay asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés sin costo y servicios auxiliares disponibles a pedido para minusválidos. Comuníquese con el Centro WorkSource Oregon más cercano a su domicilio para solicitar asistencia.

WorkSource Oregon is an equal opportunity program/employer. Language assistance is available to individuals with limited English proficiency free of cost. Auxiliary aids or services are available upon request to individuals with disabilities. Contact your nearest WorkSource Oregon Center for assistance.