|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de autorización/divulgación en medios de comunicación**  (For minors) | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Fecha: | | |  | | | | Edad del/de la menor: | | | | | |  | | |
| Nombre de quien firma (por favor, en letra de imprenta): | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Nombre del/de la menor (por favor, en letra de imprenta): | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Soy el padre, madre o tutor legal del/de la menor nombrado/a anteriormente y tengo 21 años de edad o más. Estoy de acuerdo en que el Oregón Departamento de Servicios Humanos (ODHS, por sus siglas en inglés) puede usar: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | • fotos, videos y grabaciones de sonido de mi persona | | | | | | | | | | | |
|  | | | | • otro: | |  | | | | | | | | | |
|  | | Como parte de (nombre del proyecto): | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | Lugar: | | |  | | | | | Fecha del proyecto: | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo que el ODHS puede hacer uso de los materiales antes mencionados para sus publicaciones, sitios web, difusiones u otros usos necesarios para el proyecto. El ODHS solo puede divulgar la información que este proyecto necesita. No pueden otorgar otra información sobre el/la menor para cualquier otro propósito. Entiendo que el uso que el ODHS haga de los materiales antes mencionados puede identificarme como un cliente del ODHS. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Restricciones:** | | | | | No establezco ninguna restricción para el uso de los materiales.  Estos materiales solo pueden usarse para el proyecto antes mencionado. ODHS debe solicitar mi permiso para usarlos para otros fines. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Otras restricciones: | | |  | | | | | | | |
| **Plazos:** | | | | | No hay un plazo dentro del cual el ODHS deba usar el material. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | El ODHS no puede usar estos materiales después del | | | | | | | | | |  |

Entiendo que ni yo ni el menor recibiremos un pago por este material.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma: |  | |  | Fecha: |  |
| Firma del testigo: | |  |  | Fecha: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar donde se guardará la copia original de esta divulgación: |  |

**Por favor, devuelva una copia o envíela por fax a:**

Vocational Rehabilitation

500 Summer Street NE, E87

Salem, Oregon 97301

Fax: 503-947-5025

Correo electrónico: Su Coordinador(a) de Servicios Juveniles local o Pre.ETS@odhsoha.oregon.gov

Usted puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. Contacto ODHS Office of Communication al communications.dhs@odhsoha.oregon.gov o correo electrónico véase más arriba. Aceptamos llamadas de retransmisión, o puede llamar al 711.