

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Utilice este formulario para autorizar al Departamento de Empleo de Oregon (ODE) a divulgar su información confidencial a terceros.



- Envíe este formulario con una solicitud de información por separado.
- Firma requerida. Debe ser notariada o atestiguada. Véanse las instrucciones completas en la página 2.

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Número del Seguro Social (NSS) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN-Sólo para el Permiso Pagado) (Sólo con fines de identificación): _____

Yo autorizo al Departamento de Empleo de Oregon a divulgar la siguiente información de mis registros a la siguiente persona, agencia o entidad: _____

Por favor, marque con sus iniciales lo que corresponda:

- Nombre, dirección, número de teléfono
 Servicios de empleo y capacitación que he recibido o recibiré
 Historial laboral y otra información que proporcioné con fines de colocación en un empleo
 Información sobre historial de salarios
 Información sobre el Seguro de Desempleo (es decir, cartas, avisos, acciones, estado de la solicitud, historial de pago de prestaciones, decisiones sobre solicitudes, registros de audiencias/apelaciones) para mi solicitud actual o como se indica a continuación.
 Para todas las solicitudes Para solicitudes entre _____ y _____
 Información sobre el Permiso Pagado en Oregon (Marque lo que corresponda:
 Solicitud de beneficios Decisiones sobre solicitudes Pago de beneficios Apelaciones
 Otros - por favor describa: _____)
 Para solicitudes entre las fechas siguientes: _____ y _____
 Información y servicios de solicitud de la Ley de Comercio (Trade Act) (por ejemplo, capacitación, búsqueda de empleo y reubicación)
 Otro (sea específico/a): _____

No divulgue ninguno de los siguientes datos de mi expediente:

El propósito de la divulgación:

- Firmo por cuenta propia y no se me ha presionado para que lo haga.
- Entiendo que esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha en que la firmo, a menos que notifique al Departamento que la anulo.
- Entiendo que se accederá a los archivos del gobierno estatal para obtener la información.
- Entiendo que la información obtenida sólo se utilizará para el fin o fines anteriormente indicados.
- La divulgación de esta información a esta entidad me proporcionará un servicio o beneficio.

IMPORTANTE: Queda terminantemente prohibida la redivulgación de cualquier información recibida.

Nombre:	NSS o ITIN:
Firma:	Fecha:

Para proteger su información confidencial, **este formulario debe ser notariado o atestiguado por personal/socio en un Centro WorkSource Oregon** (con excepción de los abogados cuya solicitud/liberación cumpla con OAR 471-010-0105(4)). El testigo o notario debe completar todas las partes de su sección a continuación. (To protect your confidential information, **this form must either be notarized or witnessed by staff/partner at a WorkSource Oregon Center** (with an exception for attorneys whose request/release complies with OAR 471-010-0105(4)). Witness/Notary must complete all portions of their section below.)

WORKSOURCE OREGON: OREGON EMPLOYMENT DEPARTMENT STAFF

Printed name of witness:

Signature of witness: _____ Field Office: _____

WORKSOURCE OREGON: PARTNER STAFF*

*Partner staff must have signed the OED Commitment to Confidentiality. Partners should retain this document and submit it to OED with any/each request for information.

Partner organization: _____

Printed name of witness: _____

Witness signature: _____ Witness telephone: _____

NOTARIO _____

Estado (State): |

Latitude (S-N): _____

Condado (County): _____ | _____ | _____

Firma del notario (Notary Signature): _____ | _____ |

Firma del notario (Notary Signature):

Mitgliedschaft (Sponsorenkarte) |

Mi poder expira el (Commission expires):

Sello de Notario (Notary stamp)

Sello de Notario (Notary stamp)

El número de licencia de notario y la fecha de caducidad (si corresponde al estado que emitió la licencia)

deben ser legibles en el sello. (Notary license number and expiration date (if applicable for the state that issued the license) and the initials (name))

(issued the license) must be legible in stamp.)

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Free auxiliary aids and services

are available to individuals with disabilities, and free language assistance is available to persons with limited English

proficiency.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios están disponibles gratuitamente para personas discapacitadas, y asistencia de idiomas está disponible para personas que hablan idiomas diferentes al inglés.

Sello de Notario (Notary stamp)

El número de licencia de notario y la fecha de caducidad (si corresponde al estado que emitió la licencia) deben ser legibles en el sello. (Notary license number and expiration date (if applicable for the state that issued the license) must be legible in stamp.)

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Free auxiliary aids and services are available to individuals with disabilities, and free language assistance is available to persons with limited English proficiency.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios están disponibles gratuitamente para personas discapacitadas, y asistencia de idiomas está disponible gratuitamente para personas con inglés limitado.