



= La información debe ser completada por el/la cliente



= La información debe ser completada por un Notario/testigo

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Utilice este formulario para autorizar al Departamento de Empleo de Oregon (OED) 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:

**El nombre y apellido DEBEN proporcionarse aquí y en la página 2.**

Número de

Permiso

**El NSS DEBE proporcionarse aquí y en la página 2. Para solicitudes del Permiso Pagado, también se puede proporcionar un ITIN.**

Yo autorizo al Departamento

siguiente persona, agencia

**DEBE informarnos a quién se pueden entregar sus registros (por ejemplo, abogado, trabajador social u otra persona/organización).**

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 presta

apelaciones) para mi solicitud actual

**SÓLO se divulgarán los registros de su solicitud de desempleo actual a menos que complete esta sección.**

☐ 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 \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

**Para los registros del Permiso Pagado, DEBE marcar la casilla correspondiente al tipo de registros que desea.**

Información y servicios de solicitud de la Ley de Comercio (Trade Act) (por ejemplo, capacitación, búsqueda de empleo y reubicación)

Otro (sea específico/a): \_\_\_\_\_

**Si necesita registros que no figuran en este formulario, descríbalos aquí con tantos detalles como pueda.**

No divulgue ninguno de los siguientes datos:


**Describa cualquier registro que no desea que divulguemos.**


El propósito de la divulgación:

**Díganos por qué desea que se divulguen los registros.**

- 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.

DEBE poner sus iniciales en los artículos que nos autoriza a divulgar.

 = La información debe ser completada por el/la cliente

 = La información debe ser completada por un Notario/testigo

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

Nombre: **DEBE poner su nombre y apellido aquí.**

NSS o ITIN: **DEBE proporcionar su NSS (o ITIN solo para solicitudes del Permiso Pagado).**

Firma: **DEBE firmar aquí en presencia de un notario/testigo.**

Fecha: **DEBE poner la fecha aquí en presencia del Notario/Testigo.**

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: \_\_\_\_\_

**Si el personal de la WSO es testigo, este DEBE completar esta sección en su totalidad.**

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: **Si el personal de una agencia asociada es testigo, este DEBE completar esta sección en su totalidad.**

Printed name of witness: \_\_\_\_\_

Witness signature: \_\_\_\_\_ Witness telephone: \_\_\_\_\_

### NOTARIO

Estado (State): \_\_\_\_\_

Condado: **Si está notariado, el notario DEBE completar esta sección en su totalidad.**

Firma de: \_\_\_\_\_

Mi poder expira el (Commission expires): \_\_\_\_\_

**Si está notariado, el notario DEBE colocar un sello en esta área.**

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.