



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

Nombre:	Número de seguro social: <i>sólo con fines de identificación</i>
---------	---

Autorizo al Departamento de Empleo de Oregon que divulgue la siguiente información

coloque sus iniciales donde corresponda

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 desempleo (ECLM, Informe de salarios y beneficios, etc.),
 servicios de TAA (capacitación, búsqueda de trabajo y traslado) y y/o información del desempleo acerca del seguro por desempleo TRA
 otra información (la información que se divulgará debe identificarse específicamente)

Autorizo divulgar esta información a la siguiente persona u organización:

El propósito de esta divulgación es:

Entiendo que la información obtenida bajo esta autorización se usará sólo para el motivo o motivos anterior(es).
Entiendo que esta autorización tendrá vigencia hasta que yo la cancele por escrito (para información de inserción laboral) o por la duración de mi reclamo del desempleo (para información sobre el desempleo).
Entiendo que la información de mi expediente es confidencial y que autorizo la divulgación de la información anterior. Entiendo que se tendrá acceso a los archivos del gobierno estatal para obtener la información.
La divulgación de esta información a esta persona me brindará un servicio o me beneficiará.
Entiendo el propósito de esta autorización.
Firmo por mi propia voluntad y no bajo presión alguna.

Firma:	Fecha:
--------	--------

NOTA: Está estrictamente prohibido volver a divulgar la información recibida

WorkSource Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidades estará disponible sin costo. Asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés sin costo alguno.

WorkSource Oregon is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Language assistance is available to person with limited English proficiency at no cost.

DEPARTAMENTO DE EMPLEO	SOCIO DE CENTRO MULTISERVICIOS*
Si el testigo es un empleado del Departamento de Empleo: Nombre del testigo en letra de imprenta: _____ Firma del testigo: _____ Oficina: _____	Si el testigo es un socio de un centro multiservicios*, el socio debe retener este documento y presentarlo al Departamento de Empleo cada vez que solicite información. Organización asociada: _____ Nombre del testigo en letra de imprenta: _____ Firma del testigo: _____ Número de teléfono del testigo: _____
NOTARIO	
Si el documento es certificado por un notario: Estado de: _____ Condado de: _____ Firma (del notario): _____ Mi poder expira el: _____	*El personal del socio autorizado debe haber firmado el Compromiso de confidencialidad del Departamento de Empleo