|  |  |
| --- | --- |
| **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.