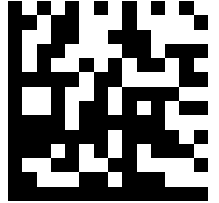




State of Utah
Department of Workforce Services
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN PERSONAL Y CONSENTIMIENTO PARA
RECIBIR SERVICIOS COORDINADOS**

**SÓLO para el Uso con Visitas al Hogar por Contratos y
Refugiados Donde UWORKS no está Disponible**



D09920900560101

Nombre (Use letra de imprenta)

Nº PID

Nº de Caso

Yo entiendo que mis registros son protegidos bajo las leyes Estatales y Federales, y también bajo Códigos de Ética Profesional que gobiernan la confidencialidad y no se pueden divulgar o compartir sin un consentimiento escrito, a menos que se provea de otra manera en las leyes Estatales y Federales.

Yo autorizo la divulgación y compartimiento de esta información solamente con las agencias que se listan abajo con la restricción de que esta información no se pueda transferir a ninguna otra persona o entidad/agencia.

..... Sí No

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Div. of Child & Family Services
(División de Menores y Familias) | <input type="checkbox"/> Div. of Services for People with Disabilities
(La División de Servicios para las Personas con Discapacidades) | <input type="checkbox"/> Div. of Juvenile Justice Services
(División de Servicios de Justicia Juveniles) |
| <input type="checkbox"/> Job Corps (Cuerpo de Empleo) | <input type="checkbox"/> Juvenile Court (Corte Juvenil) | <input type="checkbox"/> Local Mental Health Providers
(Proveedores Locales de Salud Mental) |
| <input type="checkbox"/> School Districts (Distritos Escolares) | <input type="checkbox"/> State/Local Health Department
(Departamento de Salud Estatal/Local) | <input type="checkbox"/> Proveedores de Tratamientos para Abuso de Sustancias Controladas |
| <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation
(Rehabilitación Vocacional) | <input type="checkbox"/> Social Security Administration
(Administración del Seguro Social) | <input type="checkbox"/> Cualquiera y Todos los Empleadores /Lugares de Empleo |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

La información seleccionada abajo se debe divulgar y/o compartir para poder coordinar una variedad de servicios a mi nombre. Para poder entregar estos servicios, habrá representantes de agencias públicas y privadas trabajando en conjunto y podría ser necesario compartir esta información conmigo o entre ellos.

Yo autorizo que la información abajo se divulgue o comparta desde y/o con las agencias seleccionadas arriba para asistir al Department of Workforce Services (DWS) al coordinar los servicios para mí. Yo solamente autorizo la divulgación y/o que se compartan los artículos que estén marcados abajo. Yo entiendo que este consentimiento se hace efectivo desde la fecha abajo hasta el último día del mes siguiente después del término de mis programas actuales abiertos con DWS. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al enviar una notificación escrita a mi Asesor de Empleos

Nota: DWS no divulga documentos controlados sin el consentimiento del Departamento Legal de DWS.

C = Compartir mi información de una Tercera Persona con DWS D = Divulgar mi información de DWS con una Tercera Persona

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C D
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Información de Empleo
(salarios, horas trabajadas, horario, etc.) | C D
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plan de Empleo
Desarrollo/Renegociación | C D
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Información Legal (documentos
de la corte, órdenes, etc.) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Información de Monitoreo Adicional
(WSL, CTW, listas/contactos de empleo, etc.) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Información Escolar
(progreso, asistencia, horario, etc.) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Información de Tratamiento
(plan, horario, asistencia, etc.) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre o Tutor, si tiene menos de 18 años

Fecha

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240.
Las personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah).
Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.