



## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN Y REGISTROS

### CONFIDENCIALES PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO

El propósito de este formulario es obtener su permiso para compartir su información y registros personales y confidenciales, que pueden incluir su número de seguridad social, entre los miembros de WorkSource Partnership (Asociación WorkSource). Al compartir su información y registros personales y confidenciales, la Asociación WorkSource podrá ayudarle a identificar y acceder a servicios de empleo, formación y educación.

### LEA DETENIDAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Entiendo que la Asociación WorkSource está solicitando mi permiso para compartir mi información y registros personales y confidenciales con el fin de facilitar el acceso a los programas disponibles bajo la Ley de Oportunidades y de Innovación de la Fuerza Laboral (WIOA), Sección 185 y la Ley Pública 113-126, 22 de julio de 2014.

Entiendo que si acepto compartir mi información y registros personales y confidenciales, que pueden incluir mi número de seguridad social, la información se compartirá únicamente con los miembros de la Asociación WorkSource y con el único propósito de permitir que los miembros de la Asociación me proporcionen servicios de empleo y capacitación.

Entiendo que si no estoy de acuerdo en compartir mi información y registros personales y confidenciales, que incluyen mi número de seguridad social, esa información y esos registros solo se compartirán en la medida permitida por la ley federal y estatal.

Entiendo que, como cliente que busca servicios del programa WIOA de este programa WorkSource asociado, al elegir no compartir mi información personal y confidencial entre los miembros de la Asociación, como se requiere para fines de información federal (20 CFR 663.105 y 20 CFR 66.140), pondré en peligro mi capacidad de participar en este y otros programas de la Asociación WorkSource.

Entiendo que mi información confidencial y mis registros pueden contener información sobre el diagnóstico médico o el tratamiento por abuso de drogas y alcohol (42 CFR Parte 2).

**Doy mi consentimiento y acepto** compartir mis registros:

Yo, (nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ por la presente **consiento y acepto** que la Asociación WorkSource puede compartir mi información personal y confidencial y registros, incluido, entre otros, mi: nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número de seguridad social, fecha de nacimiento, edad, registros educativos, como se describe en la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad de 1974, 20 USC 1232g; género, raza/etnia, historial de empleo (por ejemplo: nombre del empleador, salarios, horas de trabajo, etc.), información financiera (como los ingresos del hogar y la información sobre la ayuda financiera para estudiantes, incluyendo el estado de la concesión y las cantidades) y mi elegibilidad para programas especiales (por ejemplo: discapacidad, veterano, trabajador desplazado, económicamente desfavorecido, asistencia pública, cupones de alimentos o programas de seguro de desempleo).

O,

**No doy mi consentimiento** para compartir mis registros:

Yo, (nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ **no acepto** compartir mi información personal y confidencial con la Asociación WorkSource.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Pacific Mountain WDC es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Las personas con discapacidad pueden solicitar ayudas y servicios auxiliares. Washington Relay 711