

Autorización para divulgar información

Nombre:

Escriba el nombre completo en letra de imprenta

La Office of Adult Career and Continuing Education Services (ACCES-VR) tiene mi autorización para divulgar u obtener información de agencias [incluido el programa de Asistencia al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés)], individuos o empresarios relacionados con mi rehabilitación vocacional. Esta información puede contener informes sobre mi condición física o mental, registros escolares oficiales, hechos necesarios para determinar mi necesidad económica u otra información que ACCES-VR necesite para determinar mi elegibilidad y para brindar servicios de rehabilitación vocacional.

Entiendo que:

- La totalidad de dicha información será tratada como confidencial y privilegiada;
- La información se utilizará únicamente con el fin de obtener los servicios ofrecidos a través de ACCES-VR;
- Puedo retirar mi consentimiento para revelar u obtener información por escrito a ACCES-VR (esto no afectará a las acciones ya tomadas con mi autorización); y
- ACCES-VR puede necesitar usar la información para administrar el programa de rehabilitación vocacional

Firma

Fecha

Firma del padre/madre/tutor (si es menor de 18 años)

Fecha

El State Education Department no discrimina en base a edad, color, religión, credo, discapacidad, estado civil, condición de veterano, origen nacional, raza, sexo, predisposición genética o estado de portador u orientación sexual en sus programas, servicios y actividades educativas. Las preguntas relacionadas con esta política de no discriminación deben dirigirse a: Department's Office for Diversity, Ethics and Access, Room 530, State Education Building, Albany, NY 12234-0001.