

Revelación de Información Confidencial

Con el fin de prestarle servicios, será necesario que la Red de Incentivos Laborales (Work Incentive Network, WIN) revele y reciba su información confidencial. **Si usted lo solicita, podemos arreglar un acuerdo diferente de revelación de información para satisfacer una necesidad específica o resolver un problema de privacidad.**

Yo, _____ por medio de la presente autorizo a los miembros del personal de la Red de Incentivos Laborales (WIN) a compartir mi información confidencial, según sea necesario, para que proporcionen los servicios solicitados y actúen en mi nombre. Entiendo que para recibir los servicios de WIN sin limitaciones o condiciones, mi información confidencial debe ser compartida. Entiendo, además, que los expedientes médicos o de la salud no son necesarios para los servicios de WIN y NO serán solicitados.

Por favor lea y ponga sus iniciales en ambas líneas si está de acuerdo con los términos:

_____ Autorizo a los miembros del personal de la Red de Incentivos Laborales (WIN) a revelar información de mis registros confidenciales a TODAS LAS PARTES/AGENCIAS QUE CORRESPONDAN relacionada únicamente con la planificación de incentivos laborales. Los registros médicos y de la salud no son necesarios para los servicios de WIN y NO serán solicitados.

_____ Autorizo a los miembros del personal de la Red de Incentivos Laborales (WIN) a solicitar y recibir información de mis registros confidenciales de TODAS LAS PARTES/AGENCIAS QUE CORRESPONDAN relacionada únicamente con la planificación de incentivos laborales. Los registros médicos y de la salud no son necesarios para los servicios de WIN y NO serán solicitados.

La Red de Incentivos Laborales (WIN) es una red de 6 Centros para la Vida Independiente en Oregon (Eastern Oregon Center for Independent Living, HASL Independent Abilities, SPOKES Unlimited, Abilitree, Independent Living Resources, Lane Independent Living Alliance) que trabajan en colaboración para prestar servicios de incentivos laborales en todo el estado. Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para proporcionar mi número de seguro social a la Red de Incentivos Laborales y para que se imprima por completo en los documentos relacionados con los servicios que estoy solicitando a la Red de Incentivos Laborales. Además, doy mi consentimiento para que los documentos que contengan mi número de seguro social se envíen por correo, fax o de otro modo se difundan según sea necesario para obtener la ayuda que he solicitado de la Red de Incentivos Laborales. Proporciono este consentimiento con el fin de permitir que la Red de Incentivos Laborales cumpla con la Ley de Protección Contra Hurto al Consumidor de Oregon. En todos los casos, la Red de Incentivos Laborales garantizará que el uso de mi número de seguro social sea solamente para los propósitos especificados en esta autorización y que toda la información personal, incluyendo mi número de seguro social, se mantenga confidencial. En cualquier momento usted puede retirar su permiso para esta revelación de información. Esta autorización es válida por 180 días a partir de la fecha de la firma.

Firma

Fecha

Fecha de Nacimiento