

NORTHWEST PARTNERSHIP FOR WORKFORCE DEVELOPMENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Yo _____, Numero de Seguro Social _____, Autorizo a las agencias en las cuales he puesto mi inicial abajo, a compartir información relacionada a empleo, desempleo y entrenamiento. La información tiene que ser solamente compartida con el proposito relacionado con los servicios de proveerme empleo y entrenamiento. Otros usos de mi información confidencial esta prohibido por la ley.

INICIAL	Agencias	Información especifica para ser compartida
_____	Skagit Valley College	_____
_____	Bellingham Technical College	_____
_____	Whatcom Community College	_____
_____	Employment Security Department	_____
_____	Department of Social and Health Services/CSO	_____
_____	Workforce Development Council	_____
_____	Community Action Agency/Opportunity Council	_____
_____	Division of Vocational Rehabilitation	_____
_____	Job Corps	_____
_____	Opportunities Industrialization Center	_____
_____	Other	_____

Yo entiendo que es mi derecho de negar información. Denegar mi consentimiento de ninguna manera afectará mi elegibilidad para los servicios. También entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto la información/records que ya hayan tomado acción en relación con esta autorización.

Este consentimiento no libera información relacionada con, HIV/AIDS o Alcohol/Drogas.

Firma del cliente

Fecha

Firma del padre o Guardian

Fecha de expiración

Yo he recibido una copia de esta liberación. _____
Iniciales del cliente

Contacto de la Agencia	Agencia	Titulo de Trabajo
------------------------	---------	-------------------