

**MINISTERIO DE DESARROLLO LABORAL
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN PERSONAL PROVENIENTE DE OTRA AGENCIA**

A:

REF:
#SS: _____

La persona arriba nombrada ha requerido los servicios del Departamento de Rehabilitación Vocacional de Kentucky y ha dado su consentimiento por escrito para la entrega de los siguientes documentos:

Esta información es confidencial y será usada sólo para la administración del Programa de Rehabilitación de la persona involucrada. La información personal que el Departamento de Rehabilitación Vocacional obtenga de otra agencia u organización sólo podrá ser entregada bajo las condiciones establecidas por esa otra agencia u organización.

_____ Nombre del consejo (a máquina o en letra de imprenta)
Departamento de Rehabilitación Vocacional

Firma del Consejero del DRV

He sido informado de esta petición y por medio de la presente autorizo la entrega de la información personal arriba mencionada al Departamento de Rehabilitación Vocacional. Esta autorización expirará al cabo de 60 días de la fecha de firmada.

Firma de la persona que autoriza la entrega

Fecha

El Departamento de Rehabilitación Vocacional no discrimina en base a raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión o discapacidad.