**Secretaría de Desarrollo Laboral
Departamento de Rehabilitación Vocacional**

**Consentimiento escrito para la entrega de información personal
en poder del Departamento de Rehabilitación Vocacional**

Nombre del Individuo

Número de Seguro Social

Dirección

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que el Departamento de Rehabilitación Vocacional de Kentucky haga entrega de los siguientes documentos en su poder que contienen información sobre mi persona:

Esta información sólo puede ser entregada a: _____

quien la usará con el único propósito de: _____

Yo entiendo que es posible que cierta información médica, psicológica o de otro tipo que el Departamento de Rehabilitación Vocacional estime pudiera resultar perjudicial para mi persona, no me sea entregada directamente, sino a través de un representante, un médico, o un psicólogo certificado.

Yo entiendo que la información personal que el Departamento de Rehabilitación Vocacional a obtenido de otra agencia u organización sólo podría ser entregada por esa agencia u organización, o bajo las condiciones estipuladas por ésta.

Esta autorización para la entrega de información personal expirará a los 60 días de la fecha de firmada:

Firma

Fecha

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN: ESTA INFORMACIÓN QUE LE HA SIDO REVELADA PROVIENE DE EXPEDIENTES CUYA CONFIDENCIALIDAD ESTÁ PROTEGIDA POR LEYES FEDERALES. LAS REGULACIONES FEDERALES LE PROHIBEN A UD. LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, EXCEPTO CON EL CONSENTIMIENTO EXPRESO Y POR ESCRITO DEL INDIVIDUO A QUIEN PERTENECE. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO EN PODER DE TERCEROS NO ES SUFICIENTE PARA ESTE PROPÓSITO.

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