

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О НЕСПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ

ИМЯ УЧАСТНИКА _____

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ _____

Я понимаю, что не обязан сообщать другим о инвалидности, которая у меня может быть, и я могу раскрыть эти сведения когда захочу.

В соответствующем квадрате отметьте, куда участник хочет добровольно дать его/ее информацию:

ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ В ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА
(Положите копию в дело; пошлите оригинал Поставщику/Источнику)

Я даю разрешение Окружному Отделу Социального Обеспечения _____ НАЗВАНИЕ ОКРУГА

получить копию любого обследования, оценки, диагноза и/или информацию об условиях, чтобы узнать о возможном наличии у меня неспособности к обучению. Эти сведения будут использованы только для того, чтобы создать или изменить мой план Welfare-to-Work (От-Пособия-на-Работу) и/или рассмотреть какие условия или услуги мне могут понадобиться для участия в мероприятиях образования, профессиональной подготовки, и/или работы и/или другой деятельности программы Welfare-to-Work. Округ не будет сообщать моему работодателю о том, что у меня имеется инвалидность без моего отдельного разрешения в письменном виде.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТДЕЛОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА
(Положите оригинал в дело)

Я даю разрешение Окружному Отделу Социального Обеспечения _____ НАЗВАНИЕ ОКРУГА

раскрыть результаты обследования, оценки, диагноза и/или информацию об условиях в отношении наличия у меня неспособности к обучению. Эти сведения могут быть использованы только в целях разработки и улучшения моего плана Welfare-to-Work и/или для определения того, какие благоприятные условия или услуги мне понадобятся для образования, участия в профессиональной подготовке, или в рабочей среде.

Окружной Отдел Соц. Обеспечения может раскрыть сведения (*отметьте все необходимое*):

_____, кто проверит имеется ли у меня неспособность к обучению.
ИМЯ ПРОВЕРЯЮЩЕГО НЕСПОСОБНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ

Новому Окружному Отделу Соц. Обеспечения, если я перееду в другой округ.

Агентствам штата и/или местным агентствам по трудоустройству и/или по профессиональной подготовке указанным ниже (*отметьте все необходимое*):

Департаменту по Трудоустройству

Местному Центру Универсальной помощи (One-Stop)

Агентству по Инвестированию в Местную Рабочую Силу

Департаменту Реабилитации

Местному колледжу, колледжу штата, или частному колледжу (*укажите*): _____

Другое (*укажите*): _____

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА

Я понимаю, что:

- Если я откажусь заполнить и подписать эту форму и выеду из округа, копия любого обследования, оценки, диагноза и/или информацию об условиях в отношении наличия у меня неспособности к обучению не будет выслана в новый округ. Мой план программы WTW в новом округе может не включать в себя условия для моей неспособности к обучению.
- Эти сведения нужны для исполнения Статьи II Закона об Американцах с Инвалидностью 1990 г., Части 504 Закона О Реабилитации 1973, и Кодекса Социального Обеспечения и Заведений, Часть 11325.4.
- Эти сведения будут храниться в моем деле в конфиденциальном порядке, и не подлежат разглашению без моего письменного разрешения по каждому факту раскрытия информации, за исключением случаев, когда раскрытие информации необходимо или разрешается законом.
- Это разрешение может быть отменено в любой момент, за исключением того, когда действие уже принято. Если я не отменю это разрешение, то его действие истечет через год после подписания этого бланка.

Я прочитал эту форму (или мне ее зачитали) после заполнения и до того, как я ее подписал. Я знаю, что могу получить копию, если об этом попрошу.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА _____

СЕГОДНЯШНЕЕ ЧИСЛО _____