

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION SOBRE DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Entiendo que no tengo que informar a otras personas sobre cualquier discapacidad que yo pudiera tener, y que puedo dar esta información cuando quiera.

Marque las casillas que corresponden a la información que el participante voluntariamente permite que se comparta:

PARA COMPARTIR INFORMACION CON EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO
(Ponga una copia en el expediente del caso; envíe el original al proveedor/fuente.)

Doy permiso para que el departamento de bienestar público del Condado de _____ NOMBRE DEL CONDADO

reciba una copia de cualquier información sobre una examinación preliminar, evaluación, diagnosis, y/o adaptaciones en relación a posibles discapacidades específicas del aprendizaje que yo pudiera tener. Esta información solamente se puede usar para desarrollar o cambiar mi plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WtW*) y/o para determinar cuáles adaptaciones y servicios necesite para participar en una actividad educacional, una actividad relacionada al empleo o entrenamiento para empleo, y/u otra actividad de WtW. El Condado no le dirá nada a ningún empleador acerca de mi discapacidad sin mi permiso escrito por separado.

PARA QUE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO COMPARTA INFORMACION
(Ponga el original en el expediente del caso.)

Doy permiso para que el departamento de bienestar público del Condado de _____ NOMBRE DEL CONDADO

comparta información sobre cualquier examinación preliminar, evaluación, diagnosis, y/o adaptaciones en relación a discapacidades específicas del aprendizaje que yo pudiera tener. Esta información solamente se puede usar para desarrollar o cambiar mi plan de WtW y/o para determinar las adaptaciones y servicios útiles que necesite en un ambiente educacional o uno relacionado al empleo o entrenamiento para empleo.

El departamento de bienestar público del Condado puede compartir esta información con (*marque todos los que sean pertinentes*):

_____, quien me dará exámenes para posibles discapacidades específicas del aprendizaje
NOMBRE DEL EVALUADOR DE DISCAPACIDADES ESPECIFICAS DEL APRENDIZAJE

el nuevo departamento de bienestar público del condado si me mudo a otro condado

oficinas/agencias de empleo y/o entrenamiento para empleo, locales y/o del estado, que se anotan a continuación (*marque todas las que sean pertinentes*):

Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD)

oficina/agencia encargada de las áreas con al menos un centro local que ofrece servicios de empleo y entrenamiento (*Local Workforce Investment Area Agency*)

centro local que ofrece servicios de empleo, educación, vivienda, cuidado de la salud, etc. para personas que reciben asistencia pública (*Local One-Stop Center*)

Departamento de Rehabilitación

universidad (*college*) local, del estado, o privada (*especifique*): _____

otro (*especifique*): _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Entiendo que:

- Si me rehúso a completar y firmar este formulario y me mudo de este Condado, no se enviará al nuevo condado ninguna copia de cualquier información sobre una examinación preliminar, evaluación, diagnosis, y/o adaptaciones en relación a posibles discapacidades específicas del aprendizaje que yo pudiera tener. Es posible que mi plan de WtW en el nuevo condado no incluya las adaptaciones para dichas discapacidades proporcionadas en este Condado.
- Esta información se necesita para cumplir con el Título II del Decreto de 1990 sobre los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 504 del Decreto de 1973 sobre la Rehabilitación, y la Sección 11325.4 del Código de Bienestar Público e Instituciones.
- Esta información se mantendrá de una manera confidencial en el expediente del caso y no se compartirá con nadie sin mi consentimiento firmado cada vez que se comparta la información, a menos que la ley específicamente requiera o permita que se comparta dicha información.
- En cualquier momento, puedo cancelar este permiso, con la excepción de cualquier acción que ya se haya tomado. Si no cancelo este formulario, se vencerá un año después de la fecha en que lo firme.

He leído este formulario (o me lo leyeron a mí) después de que se había completado y antes de que yo lo firmara. Sé que puedo obtener una copia de este formulario si la solicito.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA DE HOY