



Autorización para Obtener/Revelar Información VR-21 (10/2023)

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Número de identificación informado:
Dirección:		

La Oficina de Servicios de Carreras para Adultos y Educación Continua - Rehabilitación Vocacional (ACCES-VR) tiene mi permiso para obtener o revelar información de/a individuos, agencias gubernamentales y otras entidades necesarias (incluyendo el Programa de Asistencia al Cliente, también conocido como CAP), y/o empleadores involucrados con mi rehabilitación vocacional. Yo, o mi representante autorizado, entendemos que:

- Toda la información será tratada como confidencial.
- Mi información confidencial puede ser enviada y recibida electrónicamente.
- Esta información puede incluir, entre otros, informes sobre mi discapacidad, registros de educación, información de la administración de la seguridad social, registros relacionados con la libertad condicional o la libertad vigilada, documentos necesarios para determinar mi necesidad financiera y/u otra información que ACCES-VR pueda necesitar para determinar mi elegibilidad para recibir servicios, proporcionarme servicios de rehabilitación vocacional y/ o derivarme a otros servicios necesarios para obtener o mantener mis metas de empleo.
- La información compartida u obtenida se utilizará exclusivamente con el fin de ayudarme a obtener o mantener mis metas de empleo.
- Puedo retirar mi permiso en cualquier momento con respecto a revelar u obtener información notificando a ACCES-VR por escrito (Nota: Esto no afectará las acciones ya tomadas con mi permiso).
- ACCES-VR puede necesitar utilizar la información obtenida de esta autorización para administrar el programa de rehabilitación vocacional.
- Esta autorización es válida durante la vida de mi caso a menos que sea retirada.

He leído toda la información de esta sección y entiendo que la Política de Confidencialidad 102.00 de ACCES-VR se encuentra en <http://www.acces.nysed.gov/vr/10200-confidentiality-policy>.

Al poner mis iniciales en esta casilla, autorizo que se revele mi historial médico que pueda formar parte de mi expediente.

Mi firma a continuación demuestra que entiendo, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para revelar esta información.

La información que puede revelarse u obtenerse, sujeta a esta autorización firmada, es la siguiente:

<input type="checkbox"/> Informes de Evaluación Psicológica	<input type="checkbox"/> Informes de Evaluación Vocacional	<input type="checkbox"/> Registros de Educación
<input type="checkbox"/> Todo mi Historial	<input type="checkbox"/> Otros:	

El propósito de esta autorización es el siguiente:

<input type="checkbox"/> Determinación de Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Desarrollo del Plan	<input type="checkbox"/> Remisión de Servicios
<input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Solicitud Individual	<input type="checkbox"/> Otros

Nombre y Dirección del Programa/Escuela que Revela esta Información:
Nombre y Dirección de la(s) Persona(s) a la(s) que se Revelará esta Información:

Se me ha explicado claramente la información relativa a la Política de Confidencialidad de ACCES-VR y he leído toda la información de este formulario. Mi firma a continuación demuestra mi entendimiento, acuerdo y consentimiento.

Si no es la persona, indique el nombre de la persona que firma el formulario:	Identifique la relación de la autoridad que firma en nombre de la persona:
---	--

Firma de la Persona o del Representante Autorizado

Fecha

Esta autorización para obtener y revelar información se elaboró para cumplir con las disposiciones relativas a la revelación de información educativa, y de otro tipo, en virtud de P.L. 104-191 (HIPAA); 34 CFR 361.38; 45 CFR partes 160 y 164; 42 U.S. Código de Sección 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 U.S. Código de Sección 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Código de Sección 1232g (FERPA); 34 CFR partes 99 y 300. Esta información ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal. Los Reglamentos Federales prohíben la divulgación posterior de esta información excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece.