

OFICINA DE SERVICIOS
PARA NIÑOS Y FAMILIAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK
COMISION PARA LOS CIEGOS
DISEMINACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Consumidor: _____

Número de Identificación: _____

Por la presente yo autorizo a que la Comisión para los Ciegos del Estado de Nueva York (New York State Commission for the Blind, NYSCB) obtenga o disemine la siguiente información, según sea necesario, para planear eficientemente y proveer los servicios de rehabilitación vocacional para mi persona. Yo puedo cambiar de opinión acerca de esta diseminación de información, excepto en las acciones que ya se hayan tomado con mi permiso, notificando a la NYSCB por escrito que yo no quiero que se disemine más información acerca de mi persona. Mi permiso para diseminar u obtener esta información es solamente válido hasta el ___/___/___ y no puede extenderse más de un año de la fecha en que yo firme este formulario. Este permiso también terminará si la NYSCB cierra mi caso.

Tipo de información:**Propósito y razón para la que se necesita la información:****Persona diseminando esta información:**

Título:		
Primer Nombre:	Apellido:	
Calle:	Suite/Apto.:	
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Agencia:		

Persona recibiendo esta información:

Título:		
Primer Nombre:	Apellido:	
Calle:	Suite/Apto.:	
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Agencia:		

Yo entiendo que la información especificada es privilegiada y confidencial, y para el uso exclusivo de esas personas y agencias o empleados de establecimientos involucrados en mi programa de rehabilitación.

 FIRMA DEL CONSUMIDOR (PADRE/MADRE/TUTOR(A) DEL/DE LA MENOR)

 FECHA