



Divulgación de Información

02/2024

Divulgar y obtener información. En general, la oficina de Nebraska VR solamente divulgará información sobre mí según mi autorización firmada abajo. Sin embargo, la oficina de VR divulgará información, *sin mi autorización*, según las reglas federales, en respuesta a una orden del tribunal, o si una ley, la necesidad de protegerme o a otras personas, o una investigación para la ley, el fraude, o abuso requiere la divulgación. La oficina de VR utilizará esta divulgación solamente para obtener información que sea necesaria y pertinente al proceso de mi rehabilitación vocacional.

Organizaciones e individuales. La oficina de VR tiene permiso para intercambiar (divulgar y recibir) información sobre mí con las siguientes organizaciones o individuos.

Programa De Ayuda Para Clientes	Empleo por una de tercera parte y verificación de ingresos
Empleadores (pasados, actuales o potenciales)	Administración de Veteranos
Sección de Determinación de Discapacidad	Las escuelas secundarias _____
Departamento de Correcciones de Nebraska	Sociedad de tecnología asistida
Mesa Directiva de Supervisión de Libertad Condicional de Nebraska	El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Administración de Seguro Social	Las escuelas secundarias o Unidades de Servicios Educativos ESU
Instituciones de estudios superiores _____	Proyecto de Avance de Camino de Carreras (CPAP)
Tribunal de Compensación de Trabajadores de Nebraska	Otras personas (incluyendo miembros familiares)
Redes de Empleo	_____
Sistema del Desarrollo de Empleados de Nebraska	Oficina de ayuda económica y servicios de discapacidad para estudiantes en
Médicos, psicólogos, proveedores médicos certificados	Programas de rehabilitación comunitarios, Centros de vivienda independiente
hospitales o centros de tratami que me han tratado	u otras entidades o personas que me proveen o proveerán un acuerdo por
oservicios bajo me van a tratar	escrito con la oficina de VR
_____	_____
_____	_____

Haga una lista de programas o personas con quien usted no quiere que nosotros compartamos información.

Tipos de información. La oficina de VR tiene **permiso** para intercambiar (divulgar y recibir) la siguiente información sobre mí.

Información en mi solicitud	documentos del programa de educación individual (IEP)
Exámenes vocacionales, puntuación de evaluaciones y/o análisis	Historia de tratamiento para drogas o alcohol (incluyendo SIDA/VIH)
Historia médica o psicológica incluyendo un informe narrativo	Información sobre el recibo de beneficios privados o públicos
Notas escolares, transcripciones, resultados de exámenes e informes	Exámenes y resúmenes del hospital
e información sobre el empleo informes de progreso, Plan	Información sobre la capacitación
para Seguridad, Plan para Intervención de Comportamiento y	Informes sobre exámenes psicológicos incluyendo puntuaciones de exámenes
Evaluación de Comportamiento Funcional	psicométricos
Información sobre mis metas de servicio, servicios	Verificación del horario laboral, ingresos/beneficios
proporcionados, progreso, y elegibilidad para la ayuda económica	Otra información _____
Verificación del equipo de evaluación multidisciplinario escolar y	_____

Haga una lista de la clase de la información que usted no quiere que nosotros compartamos.

Consentimiento para divulgar e intercambiar información. Autorizo el uso de esta Divulgación de Información, o una copia o facsímil del documento, para obtener información y para divulgar o cambiar la información anotada de organizaciones, agencias, entidades o personas mencionadas en la lista. Entiendo que puedo revocar todo o una parte de este consentimiento en cualquier momento con aviso escrito proveído a Nebraska VR. En cualquier caso, mi autorización terminará el día en que dejo de ser solicitante por, o recipiente de, servicios de Nebraska VR. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeto a divulgación de nuevo por el recipiente y no protegida por más tiempo por leyes o reglas federales de confidencialidad a excepción de leyes y reglas federales y estatales de confidencialidad en relación con la divulgación de información personal de solicitantes para e individuos elegibles recibiendo servicios de rehabilitación. Entiendo que si me encuentro anotado en el Registro de abusadores sexuales de Nebraska, VR divulgará esta información a posibles empleadores para el propósito de obtener empleo apropiado.

Entiendo que si la información en mi archivo médico incluye información relacionada con servicios de salud por comportamiento o salud mental, tratamiento por el abuso de alcohol y/o drogas, enfermedades de transmisión sexual, pruebas para hepatitis B o C, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), estoy de acuerdo con la divulgación de la información.

Nombre letra de molde	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social X X X - X X -
Firma X		Fecha
Representante Autorizado X		Fecha