



Divulgación de Información para Servicios de Transición de Pre-Empleo

04/2020

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 al Cliente
Empleadores (pasados, actuales o potenciales)
Sección de Determinación de Discapacidad
Departamento de Correcciones de Nebraska
Mesa Directiva de Supervisión de Libertad Condicional de Nebraska
Las escuelas secundarias o Unidades de Servicios Educativos
Administración de Seguro Social
Médicos, psicólogos, proveedores médicos certificados,
hospitales o centros de tratamiento que me han tratado o servicios
bajo me van a tratar _____
El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Instituciones de estudios superiores
Departamento de Educación de Nebraska

Capacitación e Información para Padres de Nebraska (PTI en inglés)
Empleo por una de tercera parte y verificación de ingresos
Oficina de ayuda económica y servicios de discapacidad para estudiantes
en _____
Programas de rehabilitación comunitarios, Centros de vivienda
independiente u otras entidades o personas que me proveen o proveerán
un acuerdo por escrito con la oficina de VR
Otras personas (incluyendo miembros familiares) _____
Sociedad de tecnología asistida (ATP)
Unidades de Servicios Educativos (ESUs en inglés)
Contratista del Programa Transicional Veraniego
Sistema del Desarrollo de Empleados de Nebraska

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
Exámenes vocacionales, puntuación de evaluaciones y/o análisis
Historia médica o psicológica incluyendo un informe narrativo
Notas escolares, transcripciones, resultados de exámenes e informes e información sobre el empleo
informes de progreso
Información sobre mis metas de servicio, servicios
proporcionados, progreso, y elegibilidad para la ayuda económica
Verificación del equipo de evaluación multidisciplinario escolar y
documentos del programa de educación individual (IEP)
Historia de tratamiento para drogas o alcohol (incluyendo SIDA/VIH)
Otra información _____

Información sobre el recibo de beneficios privados o públicos
Exámenes y resúmenes del hospital
Información sobre la capacitación
Informes sobre exámenes psicológicos incluyendo puntuaciones de
exámenes psicométricos
Verificación del horario laboral, ingresos/beneficios
Plan para Seguridad
Plan para Intervención de Comportamiento
Evaluación de Comportamiento Funcional

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 (incluyendo servicios PE) de Nebraska VR. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta 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.

Estudiante (nombre impreso)	Fecha de nacimiento
X firma del alumno	X Fecha
X Representante Autorizado	X Fecha