|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL**  División de Rehabilitación Vocacional | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN CONFIDENCIAL  **AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN (SVRI)**  Al llenar este formulario, se autoriza la divulgación de la información descrita más abajo. La persona (sujeto del registro), cuyos registros se divulgarán, puede tener derecho a revisar y, al pagar la tarifa respectiva, a obtener una copia de dichos registros. Llenar este formulario es **voluntario**, y usted no tiene la obligación de otorgar su consentimiento para divulgar sus datos personales; sin embargo, la DVR puede necesitar ciertos registros antes de que se le puedan brindar sus servicios, incluyendo la determinación de elegibilidad, el Plan Individualizado para el Desarrollo o Revisión Laboral y la coordinación de servicios. Si necesita ayuda para llenar este formulario, solicítela a la persona que se lo entregó o llame a la DVR por el 1-800-442-3477 (voz). | | | | | | Nombre de **Sujeto del registro** (persona cuyos registros se divulgarán) | | | | |
| Dirección | | | | |
| Ciudad, estado, código postal | | | | |
| Número de caso IRIS | | Fecha de nacimiento | | |
| Nombre y dirección de la **agencia u organización a la que autorizo a divulgar información** | | | | | | Nombre del **Receptor del registro** (a quien se le divulgará la información)  **MAIL**:  Stout Vocational Rehabilitation Institute (SVRI)  University of Wisconsin-Stout  221 10th Avenue East, Room 201  Menomonie, WI 54751  **FAX**: 715-232-1323 (Primary) or 715-232-5659 (Backup)  **EMAIL**: [svri-eos@uwstout.edu](mailto:svri-eos@uwstout.edu) | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Send invoices to the Division of Vocational Rehabilitation (DVR)** | | | **By EMAIL to**:  [dvrvendorinv@dwd.wisconsin.gov](mailto:dvrvendorinv@dwd.wisconsin.gov) (preferred method) | **Or by MAIL to:**  DVR Center for Consumer  Payments (CCP) | | | 201 E Washington Ave G-100  P.O. Box 7852  Madison, WI 53707-7852 | | | | |
| **Tipo o alcance de la información que se divulgará** (Escriba sus iniciales junto a los registros o información que desea que se divulguen):   |  |  | | --- | --- | |  | **Expediente laboral**: incluye registros de desarrollo o colocación laboral, solicitudes de empleo, hojas de vida, documentación de salarios, referencias, etc. | |  | **Pruebas psicológicas:** incluye evaluaciones vocacionales. | |  | **Otros registros**: especifique. |  |  |  | | --- | --- | |  | **Historial médico**: incluye registros de salud general y de diagnóstico o tratamiento por abuso de alcohol o drogas, enfermedad mental u otro impedimento mental y tratamiento de VIH/SIDA. Incluya la firma del médico y las fechas de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. | |  | **Historial educativo**: especifique (IEP, certificaciones de notas, informe del psicólogo escolar que documenta el impedimento, etc.). | | | | | | | | | | | |
| **Autorizo a la DVR a comunicarse verbalmente y por escrito con la parte mencionada anteriormente en relación con el caso del sujeto del registro en la DVR.** | | | | | | | | | | |
| Sí  No  Sí, con algunas excepciones (especifique): | | | | | | | | | |
| Mi firma es la autorización para la divulgación de los registros antes especificados. Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la información haya sido divulgada como resultado de esta autorización. Excepto si resulta revocada, esta autorización tendrá vigencia hasta el momento indicado más adelante. No se autoriza la divulgación de estos registros sin mi consentimiento informado por escrito, excepto según lo estipulado en el Título 34 Sección 361.38 del CFR y el Capítulo 68 del DWD del Código Administrativo de Wisconsin. Si no se especifica una fecha de vencimiento, la autorización expira un año después de la fecha en que fue firmada. | | | | | | | | | |
| Se considerará con la misma validez del registro original, una fotocopia, fax o copia por correo electrónico de esta Autorización para la Divulgación de Información Confidencial. | | | | | | | | | |
| **Elija una opción:** | | | | | | | | | |
|  |  | La autorización vence a partir de  (fecha). | | | | | | | |
|  |  | La autorización vence después que tenga lugar la siguiente medida: | | | | | | | | |
|  | |
| **Como lo demuestra mi firma, por la presente, autorizo la divulgación de los registros a las personas o agencias antes especificadas.** | | | | | | | | | | |
| **FIRMA:** persona cuyos registros serán divulgados (sujeto del registro) | | | | | | | | | Fecha de la firma | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |
| **FIRMA:** otra persona legalmente autorizada para dar su consentimiento a la divulgación | | | | | Cargo o parentesco con el sujeto del registro | | | | Fecha de la firma |
|  | | | | |  | | | |  |
|  | | | | |  | | | |  |

DVR-199-SVRI-E-S (R. 04/2024)

**CONSERVE EN EL REGISTRO DE CASOS EL FORMULARIO LLENO**