Autorización de Divulgación y Difusión de Información Confidencial

confidential information release and discussion authorization

La cumplimentación de este formulario autoriza (marque todo lo que proceda):

La divulgación de información que se detalla en la sección a continuación titulada “Descripción Específica de los Registros cuya Divulgación se Autoriza”, que es información sobre la persona (sujeto) cuyos registros se divulgarán y recopilarán en la Base de Datos de Programas para Refugiados de Wisconsin (Wisconsin Refugee Programs Database, WRPD) y/o mediante otro(s) formulario(s) del Departamento de la Infancia y la Familia (Department of Children and Family, DCF).

La divulgación de información sobre la elegibilidad o los servicios específicos prestados al sujeto, con el fin de permitir que un apoderado, como un patrocinador, pariente u otro tercero, discuta los detalles del caso del sujeto con la agencia/organización indicada a continuación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persona (sujeto) cuyos expedientes se divulgarán/detalles del caso se abordarán** | | | |
| Nombre | | Fecha de nacimiento | |
| Dirección (calle o apartado de correos, ciudad, estado, código postal) | | | |
| **Agencia/organización autorizada a divulgar información (por ejemplo, agencia financiada por el BRP, familiar, patrocinador)** | | | |
| Nombre | | | |
| Dirección (calle o apartado de correos, ciudad, estado, código postal) | | | |
| **A quién puede entregarse la información (por ejemplo, agencia financiada por el BRP, familiar, patrocinador)** | | | |
| Nombre | Agencia/organización (si procede) | | |
| Dirección (calle o apartado de correos, ciudad, estado, código postal) | | | |
| **Descripción específica de los registros cuya divulgación se autoriza (por ejemplo, cualquier registro de la WRPD**) | | | |
| **Finalidad o necesidad de la divulgación de información** **(por ejemplo, ayudar al sujeto a obtener un empleo)** | | | |
| **Limitaciones o excepciones a la divulgación de información** **(por ejemplo, historiales médicos)** | | | |
| **Entendimientos** | | | |
| La información cuya divulgación autorizo solo podrá ser divulgada de nuevo por el destinatario de los registros si lo permite la ley. Si la información se divulga más veces, los destinatarios de esta información pueden estar regulados por leyes diferentes. | | | |
| Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento; sin embargo, esto no incluirá la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación por escrito debe entregarse a la agencia/organización a la que autoricé a divulgar la información. | | | |
| Salvo revocación, esta autorización permanecerá en vigor hasta la fecha de expiración indicada a continuación.  **Elija una opción:**  La autorización expira el       (fecha).  La autorización expira después de que tenga lugar la siguiente acción (especifique):  La autorización no expira | | | |
| **Con mi firma, autorizo la divulgación de los expedientes y/o la difusión de los detalles de mi caso con la(s) persona(s) u organismo(s) arriba especificado(s).** | | | |
| **Persona (sujeto) cuyos expedientes se divulgarán/detalles del caso se abordarán** | | | |
| FIRMA | | | Fecha de firma |
| **Otra persona legalmente autorizada para consentir la divulgación** | | | |
| Título o relación con el sujeto | | | |
| FIRMA | | | Fecha de firma |