

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Confidential Information Release Authorization

La información provista en este formulario, (incluyendo adjuntos) puede ser compartida con otros sólo para propósitos de administración del programa de mantenimiento infantil y otros programas relacionados [Wis. statutes, s. 49.83]. Proporcionar el número de seguro social es voluntario. Si no proporciona su número de seguro social se podría retrasar el proceso de su información.

Individuo a quien pertenece el registro

| | | | |
|-----------|----------------------------|------------------|---------------|
| Nombre | Número Seguro Social (SSN) | Fecha Nacimiento | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |

Persona u Organización a quien se puede entregar la información

| | | | |
|-----------|--------------|--------|---------------|
| Nombre | Organización | | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |

Nombre y dirección de la agencia de ayuda de menores autorizada para divulgar la información

| | | |
|--------|-----------|---------------|
| Nombre | Dirección | |
| Ciudad | Estado | Código Postal |

Registros específicos autorizados para divulgar (incluya fecha de los registros, si la tiene)

Información de caso que puede divulgar la agencia de ayuda de menores al individuo.

Nota: Reglamentos del Servicio de Impuestos Internos prohíbe divulgar información de IRS a cualquier persona que no sea alguna de las partes involucradas. Si la información en cuestión fue inicialmente del IRS, no puede proporcionarse.

Propósito o necesidad para Divulgación de Información (anote en forma específica)

Yo entiendo que se puede anular esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto cuando la información ya haya sido divulgada como resultado de esta autorización. A menos que se anule, esta autorización queda en vigencia hasta la fecha de vencimiento que yo he indicado y firmado abajo.

- Autorización vence el día _____ (Fecha)
- Autorización vence _____ meses de la fecha en que yo firmo esta autorización.
- Autorización vence después de tomar la siguiente medida:

Yo entiendo que si estoy protegida/o por una orden restringente o que si tengo razón para creer que puedo sufrir daño emocional o físico, tengo derecho a pedir que la información sobre mi domicilio no se entregue a nadie incluyendo otros en mi caso legal. Por este documento yo libero de responsabilidad al Departamento de "Children and Families" y a sus designados nombrados arriba por divulgar cualquier información autorizada bajo este acuerdo.

Como evidencia, firmo abajo y autorizo por este documento divulgar los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas abajo.

| | | |
|---|---|-------------|
| Firma del individuo nombrado como sujeto del registro | Firma de testigo, si se necesita | Fecha Firma |
| Firma de otra persona legalmente autorizada para consentir divulgación (si se necesita) | Título o relación con el individuo que es sujeto del Registro | Fecha Firma |