



REVISED EXHIBIT C3 –AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Rev. 08/13/2021
Contract XK056

INSTRUCCIONES AL PROVEEDOR: Al cliente se le solicita leer y firmar la sección de los derechos del cliente en este formulario. Se requiere que el proveedor informe a cada cliente de las secciones I - VIII de este formulario y del propósito de cada una de las mismas y que solicite que el cliente marque sus iniciales en cada sección que le corresponda.

Iniciales del cliente

I. DIVULGACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

Empty box for initials

Por la presente me comprometo a brindar mi(s) número(s) de seguro social al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados (Florida Department of Children and Families, DCF/Refugee Service Program), si bien comprendo que no estoy obligado a hacerlo por ley. Además, autorizo al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados a utilizar mi(s) número(s) de seguro social para la verificación de identidad, ingresos, empleo y elegibilidad, así como para otros propósitos relacionados con la administración de los programas del DCF.

II. DIVULGACIÓN DE VERIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE EXTRANJEROS PARA OTORGAR BENEFICIOS (SAVE, por sus siglas en inglés)

Empty box for initials

Por la presente, autorizo la divulgación de los datos del Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) que sean pertinentes a mi estatus migratorio al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y al Programa de Destrezas para Estudios Académicos, Vocacionales, y de Ingles (SAVES) para poder tener acceso a beneficios públicos federales y/o servicios para refugiados financiado por el Programa de Servicio a Refugiados.

III. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI, por sus siglas en inglés)

Empty box for initials

Por la presente, autorizo la divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) al Programa de Servicio a Refugiados con el fin de determinar mi elegibilidad para obtener servicios o una exención especial de los requisitos del programa.

IV. DIVULGACIÓN DE DATOS FINANCIEROS

Empty box for initials

Por la presente autorizo a publicar mis datos financieros al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados con el objetivo de determinar la elegibilidad para servicios, resultados de empleos o estadísticas económicas.

V. DIVULGACIÓN DE DATOS DE RESULTADOS DE EMPLEOS

Empty box for initials

Por la presente autorizo a publicar mis datos laborales al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados con el objetivo de verificar el empleo y determinar el resultado de los servicios laborales. Estos datos pueden incluir, entre otros, información del empleado (nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social), información del empleador, información del empleo (cargo, fecha de inicio más reciente y fecha de finalización, si correspondiera) e información sobre los salarios y los beneficios (tarifa de pago, promedio de horas por período de pago, sueldos, acceso a seguro de salud, etc.).

VI. DIVULGACIÓN DE DATOS DE CONTACTO PARA REALIZAR UNA ENCUESTA

Empty box for initials

Por la presente, autorizo la divulgación de mis datos de contacto: nombre completo, dirección local, número de teléfono Celular /Hogar y correo electrónico al proveedor aprobado por el Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados con el fin de realizar una encuesta para calificar mi experiencia como refugiado/a y evaluar de forma general las necesidades de los refugiados.

VII. DIVULGACIÓN DE DATOS DE CONTACTO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Empty box for initials

Por la presente, autorizo la divulgación de los siguientes datos: nombre completo, dirección local, números de teléfono Celular/Hogar, correo electrónico, calificaciones de pruebas de Educación para Adultos, documentación comprobando que completo un programa Vocacional y el nivel de ESOL por el Departamento de Niños y Familias de la Florida/ Programa de Servicio a Refugiados y el proveedor de Educación para Adultos financiado por el Programa de Servicios a Refugiados al proveedor de servicios de Empleo financiado por el Programa de Servicios a Refugiados con el fin de que se puedan comunicar conmigo para explicar los servicios de empleo y estudio vocacional que puede que yo sea elegible para recibir.

DERECHOS DEL CLIENTE

- Tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento al escribirle al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y al Programa de Destrezas para Estudios Académicos, Vocacionales, y de Ingles (SAVES).
Entiendo que el firmar la presente autorización es voluntario y que mi tratamiento, pago, matrícula o elegibilidad para recibir beneficios no depende de mi autorización de esta divulgación.
Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente y que puede que dicha re-divulgación ya no sea protegida por la ley estatal o federal.
El Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y el Programa de Destrezas para Estudios Académicos, Vocacionales, y de Ingles (SAVES) me proveerá una copia de este formulario si la solicito.
Comprendo que esta autorización caducará al finalizar mi período de elegibilidad para Servicios de Refugiados (5 años desde la fecha de entrada), a menos que especifique otra fecha diferente.
Comprendo que información como nombre completo, número de extranjero(a), fecha de nacimiento, nacionalidad, estado migratorio, servicios, habilidad para hablar inglés, nivel de educación y las metas del plan familiar para lograr autosuficiencia se van a compartir con el Departament de Niños y Familias de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y la Oficina de Restablecimiento para Refugiados con el propósito de comprender las metas de los clients, los servicios utilizados, y los resultados obtenidos por las poblaciones servidas por la Oficina de Restablecimiento para Refugiados.
Mi firma a continuación indica que he leído este formulario en su totalidad, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que autorizo el uso de una copi de este formulario para la divulgación de los datos descritos anteriormente.

Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Provider Use Only: I have explained this form and its purpose to the client and the client has refused to sign.

Provider Signature

Date