**Adjunto A:**

**Formulario de Exención de Responsabilidad Interagencias de Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (WIOA)**

**Nombre de Participante**: Nombre de Participante

**Dirección Postal de Participante**: Nombre de Participante

Yo autorizo únicamente a las agencias asociadas de la ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (WIOA por sus siglas en Inglés) que se enumeran a continuación para obtener, o divulgen documentación escrita, y/o discutir cualquiere información relacionada a empleo indicada a continuación con cada uno para asistirme en mis esfuerzos de empleo y entrenamiento.

Mi permiso para discutir esta información es válido hasta **Fecha de Vencimiento** and no puede extenderse más alla de un año de la fecha en que fue firmado este formulario, o lo que suceda antes.

Yo puedo cambiar mi parecer acerca de este formulario de exención de responsabilidad, haciéndoles saber a la agencia identificada a continuación, por escrito, que no quiero ningua información sea dada o discutida.

La información que será obtenida, publicada, y/o discutida por una agencia debe ser para las razones del programa, asociada con la referncia, y solo al alcance que la otra agencia demuestre que la información sea necessaria para su programa. Ninguna informació médica y/o de discapacidad puede ser obtenida por este formulario de excención de responsabilidad. Doy mi permiso para que la siguiente información sea compartida:

   Mi informació de Contacto

   Mi historial de trabajo/experiencia

   Mi educación/habilidades/capacidades

   Mi asesoramiento de carrera/habilidades

   Mi nivel de ingreso/ elegibilidad de beneficios

   Mi elegibilidad/inscripción y/o asistencia en los programas del systema de fuerza laboral

   Las adaptaciones por discapacidad que necesito para obtener entrenamiento o servicios, para buscar, obtener, o retener empleo.

**Agencias WIOA compartiendo/recibiendo/discutiendo información:**

**Nombre de Agencia Iniciando Compartir la información:** Nombre de Agencia Iniciando Compartir la Información

**Dirección de Agencia:** Dirección de la Agencia Compartiendo la Información

**Número de Teléfono:** Número de Teléfono de Agencia Compartiendo Información

**Correo Electrónico:** Correco Electrónico de Agencia Compartiendo Información

**Nombre de Agencia Recibiendo información:** Nombre de Agencia Recibiendo Información

**Dirección de Agencia:** Dirección de Agencia

**Número de Teléfono:** Número de Teléfono de Agencia

**Correo Electrónico:** Correco Electrónico de Agencia

**Nombre de Agencia Recibiendo información:** Nombre de Agencia Recibiendo Información

**Dirección de Agencia:** Dirección de Agencia

**Número de Teléfono:** Número de Teléfono de Agencia

**Correo Electrónico:** Correco Electrónico de Agencia

**Nombre de Agencia Recibiendo información:** Nombre de Agencia Recibiendo Información

**Dirección de Agencia:** Dirección de Agencia

**Número de Teléfono:** Número de Teléfono de Agencia

**Correo Electrónico:** Correco Electrónico de Agencia

**Nombre de Agencia Recibiendo información:** Nombre de Agencia Recibiendo Información

**Dirección de Agencia:** Dirección de Agencia

**Número de Teléfono:** Número de Teléfono de Agencia

**Correo Electrónico:** Correco Electrónico de Agencia

**Firma Electrónica de Descarga de Responsabilidad**

**Yo certifico que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con toda la información en este document.**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

………………………………………………………………………………………………………

Agencias WIOA: Esta información esta siendo divulgada a usted puede ser de archivos protegidos por reglas de confidencialidad estatales o federales que prohiben divulger más información al menos que sea espresamente permitida por consentimiento escrito por la persona a la que le pertenece o legalmente sea permitido. Es entendido y aceptado que este formulario de exención de responsabilidad no es suficiente, no pretende permitire que, proporcionando consentimiento para compartir información confidencial de data del Seguro por Desempleo bajo la ley del Estado de Nueva York §537(1)(d); información médica bajo Norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Sanitarios de 1996 (HIPPA por sus siglas en inglés); información de educación bajo la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) (Código Federal de Regulaciones (CFR) 34 parte 99): Información de Salud Mental (Ley de la Higiene Mental del Estado de Nueva York Secciónes 19.12, 23.05, y 33.13: Tratamiento de Alcohol/Drogas (Ley de Servicios de Salud Pública) (42 CFR Parte 2); o Información relacionda al VIH (Ley de Servicios de Salud Pública Artículo 27-F)