



CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO/PERMISO DE LIBERACIÓN

Programa de Voluntariado

_____ I han sido informados de que durante la inscripción en el programa y / o al finalizar el programa, tengo la oportunidad de ofrecer mi tiempo como voluntario en forma de tutoría, tutoría y otras actividades.

Divulgación de información

_____ I por la presente doy mi permiso para que el personal de CareerSource Southwest Florida (CSSWF) obtenga información o registros que puedan ser necesarios para la determinación de elegibilidad, las solicitudes, el monitoreo y los fines de seguimiento de los programas de la fuerza laboral. Esta información puede incluir, pero no se limitará a instituciones de capacitación, registros escolares, asistencia pública, cupones de alimentos, empleo, seguro de desempleo, compensación para trabajadores, seguridad de ingreso suplementario, ingreso del Seguro Social, beneficios de jubilación y otra información de ingresos según sea necesario.

_____ I autorizar a CSSWF a copiar mi tarjeta de seguro social y usar el número:

1. Documentar una solicitud, referencia y participación;
2. Como número de identificación para fines de nómina y declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos; y
3. Para verificar la información que aparece en mi solicitud de admisión.

_____ También tengo entendido que cualquier información publicada será mantenida en estricta confidencialidad por el personal de la CSSWF y divulgada solo en el curso de los asuntos oficiales, hasta por cinco años de la fecha de firma.

_____ Un representante de CSSWF ha explicado el propósito de este formulario y no responsabilizaré a nadie por ninguna información solicitada o enviada.

_____ I soy un solicitante de empleo activo, en busca de oportunidades de empleo y herby autoriza al personal de CSSWF a utilizar la información recopilada en este formulario para crear una cuenta en EmployFlorida. También permito que CSSWF proporcione referencias para todas las órdenes de trabajo abiertas y disponibles en EmployFlorida que mi educación, mi experiencia, conocimiento, habilidades y habilidades cumplan con los requisitos para referir.

_____ I por la presente doy mi permiso para que CSSWF proporcione referencias en mi nombre a proveedores de servicios comunitarios para ayudar en la eliminación de las barreras divulgadas más allá de los servicios de empleo.

_____ Se puede utilizar una fotocopia o facsímil de este formulario de consentimiento firmado para obtener y divulgar información según lo autorizado por la firma en este formulario.

Declaración de la Ley de Privacidad

La divulgación de su número de seguro social es voluntaria. Sin embargo, se solicita, de conformidad con la Sección 119.071 (5) (a), Estatutos de la Florida para la administración de programas de fuerza laboral, y se utilizará para evaluar e informar el desempeño y la rendición de cuentas del programa al gobierno federal.

Declaración de certificación del solicitante: **(No debe firmarse y fecharse hasta que se haya proporcionado toda la documentación).**

Certifico que la información en esta aplicación es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que mi declaración errónea deliberada de los hechos puede causar mi pérdida de derechos en el Programa WIOA y puede resultar en una acción criminal. Doy permiso para que se contacte a fuentes externas y para que divulguen cualquier información necesaria para verificar mi elegibilidad para WIOA. Además, entiendo y acepto que mi número de seguro social y otra información en esta solicitud se proporcionarán a otras agencias gubernamentales si así lo exige la ley.

Participante

_____ Imprimir nombre

_____ Firma

_____ Fecha:

Personal

_____ Imprimir nombre

_____ Firma

_____ Fecha:

Si la persona es menor de 18 años, debe haber el consentimiento de un padre o tutor, de la siguiente manera:

Por la presente certifico que soy el padre o _____ tutor de y por la presente doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior en nombre de esta persona.

Firma de los padres

Fecha