



## Autorización para Divulgación De Información

Entregue el formulario en:  
1406 Jacaman Rd., Suite A  
Laredo TX 78041  
Fax: (956) 794-1530  
Correo Electrónico:  
[ccs@southtexasworkforce.org](mailto:ccs@southtexasworkforce.org)  
Teléfono: (956) 794-1500

El formulario debe estar firmado y fechado por todos los padre(s)/ Tutor(es).

**TWIST ID#** \_\_\_\_\_

Por favor lea atentamente la información contenida en este formulario. Cuando haya terminado, escriba sus iniciales en los espacios proporcionados. Una vez que lo haya firmado y fechado, devuelva el original a CCS a la dirección proporcionada.

Por la presente autorizo a Workforce Solutions for South Texas (WSST) Child Care Services (CCS) a realizar las consultas que se consideren necesarias para:

- Verificar la elegibilidad para todos los programas de cuidado infantil administrados por WSST o sus representantes.
- Confirme cualquier información en la solicitud utilizada para determinar la elegibilidad.
- Asegurarme los servicios apropiados de los recursos de la comunidad.
- Divulgar cualquier información solicitada a organizaciones oficialmente reconocidas.
- Determinar la efectividad de este programa para ayudar a los participantes a lograr la autosuficiencia.

Por la presente autorizo a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, oa cualquier proveedor de servicios del sector privado que mantenga dichos registros, a divulgar al WSST cualquier información con respecto a mi derecho a los beneficios o la efectividad del programa.

Acepto expresamente renunciar a la responsabilidad por cualquier efecto que pueda producir la información recibida de las fuentes contactadas, proporcionada por mí o divulgada a fuentes externas.

WSST mantendrá la confidencialidad de dicha información recibida.

**Al firmar este formulario, certifico que se me ha informado de mis derechos y responsabilidades y que se me ha entregado una copia de ellos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante (Padre/Tutor #1)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante (Padre/Tutor #2)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor si el solicitante es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date Signed

Workforce Solutions for South Texas is an Equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Deaf, hard-of-hearing and speech impaired customers may contact: [Relay Texas](http://RelayTexas.org): (800) 735-2989 (TTY) or 711 (Voice).