

Программа WorkSource Oregon

Разрешение на предоставление доступа к номеру в системе социального обеспечения и другой информации

Имя, фамилия (печатными буквами)	Номер в системе соцобеспечения (предоставляется добровольно, используется исключительно с целью удостоверения личности)
----------------------------------	---

Я разрешаю сообщать учреждениям, обслуживающим систему трудоустройства по программе Worksource Oregon, мой номер в системе социального обеспечения, а также информацию о моем трудоустройстве и о моих доходах, данные работодателей о моей заработной плате, описание моей профессиональной квалификации и прочие подобные сведения (в т. ч. мои имя и фамилию, адрес, историю моего трудоустройства и наименования программ профессиональной подготовки, в которых я участвую). К числу лиц и учреждений, имеющих право доступа к этой информации, относятся учреждения районной системы высшего образования, работники программ профессиональной подготовки, уполномоченные в соответствии с законом о финансировании трудовых ресурсов (WIA), работники программ отдела трудоустройства правительства штата Орегон, работники программ отдела районных высших учебных заведений и программ развития трудовых ресурсов, работники программ Управления социального обслуживания для семей, нуждающихся в финансовой помощи и получающих продовольственные талоны (TNF/Food Stamp), и программ обслуживания в области восстановления профессиональной трудоспособности, а также другие партнеры системы трудоустройства (подписавшие локальный «Меморандум о достижении договоренности»).

Мне известно:

- что мой номер в системе соцобеспечения предоставляется добровольно;
- что мой отказ в предоставлении этого номера не приведет к тому, что мне откажут в обслуживании в области трудоустройства;
- что настоящее разрешение не предусматривает предоставления доступа к медицинской информации, информации об инвалидности и к данным об успеваемости в учебных заведениях;
- что настоящее разрешение не предусматривает предоставления доступа к информации о членах семьи, друзьях, юридических представителях и уполномоченных лицах или организациях, не имеющих отношения к трудоустройству;
- что я могу отменить настоящее разрешение в любое время, но что такая отмена разрешения никак не повлияет на доступ к любой информации, уже раскрытой до отмены разрешения;
- что мой номер в системе соцобеспечения на станет общественным достоянием;
- что мой номер в системе соцобеспечения будет использоваться в целях ведения записей, ведения исследований и планирования;
- что относящаяся ко мне информация может включать данные, не позволяющие идентифицировать меня по имени и фамилии или по номеру в системе соцобеспечения;
- что настоящий документ будет храниться организацией партнера системы трудоустройства, удостоверяющего подлинность моей подписи, и может использоваться другими партнерами системы трудоустройства во всем штате Орегон;
- что моя подпись означает понимание мною назначения предоставления другим сторонам доступа к вышеупомянутой информации, каковое назначение заключается в оказании мне помощи в достижении целей, поставленных мною в сферах трудоустройства и профессиональной подготовки, а также в усовершенствовании системы трудоустройства.

Подпись	Дата
---------	------

Удостоверение подписи работником партнерской организации комплексного обслуживания (я подтверждаю подлинность подписи и разрешения клиента):

Имя фамилия	Подпись
Организация	Тел. №

Работник партнерской организации, сотрудничающей с программой WorkSource Oregon:

- подробно разъясняет назначение и применение этого разрешения и характер информации, доступ к которой предоставляется согласно этому разрешению;
- удостоверяет личность человека, подписывающего разрешение (посредством засвидетельствования или другого подтверждения того факта, что лицо, подписывающее разрешение, действительно является лицом, поименованным в тексте разрешения); лицо, подтверждающее подлинность подписи под этим разрешением, должно иметь достаточную квалификацию, и в т. ч. должно пройти подготовку и (или) инструктаж в области обращения с «конфиденциальной» информацией в рамках местной системы развития трудоустройства;
- хранит разрешение в архиве программы;
- связывается с партнерами программы WorkSource Oregon, в масштабе района или всего штата, направляющими запросы о предоставлении «необходимой» информации; посылать копию разрешения по факсу или по почте нет необходимости — достаточно сообщить партнеру, что документ «Программа WorkSource Oregon: разрешение на предоставление доступа к номеру в системе социального обеспечения и другой информации» хранится в архиве;
- пользоваться этим разрешением могут любые партнеры программы WorkSource Oregon, подписавшие «Меморандум о достижении договоренности» (MOU);
- предоставление каким-либо третьим сторонам информации, полученной в соответствии с условиями настоящего разрешения, строго воспрещается;
- запрос о предоставлении разрешения осуществляется в соответствии с законом о финансировании трудоустройства (Workforce Investment Act), положениями свода законов штата Орегон ORS 285A.455 и ORS 657.665 и постановлениями правительства штата Орегон OAR 471-010-0050 — 0054.

WorkSource Oregon is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services, alternate formats and language services are available to individuals with disabilities and limited English proficiency free of cost upon request.

Программа WorkSource Oregon — организация, предоставляющая всем равные возможности трудоустройства. Лицам с нарушениями функций и лицам, не владеющим свободно английским языком, по требованию бесплатно предоставляются дополнительные помощь и услуги, документы в альтернативных форматах и услуги переводчиков.

