AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I, _____, authorize the Office of the Ombudsman, pursuant to RCW 51.14.340-.370, to contact all of my medical providers, former or present employers, and vocational providers for the purposes of identifying, investigating, and facilitating resolution of industrial insurance issues. This may include information of a confidential or privileged nature, to include but is not limited to my workers compensation claim file, and/or contacting anyone else who might be familiar with these issues.

I knowingly and voluntarily release the state of Washington, the Washington State Department of Labor and Industries, its individual employees and the Office of the Ombudsman from any and all known and unknown claims for damages or other relief arising out of the Office of the Ombudsman's request for and receipt of information.

I understand that pursuant to RCW 51.14.360(2), no discriminatory, disciplinary, or retaliatory action may be taken against any employee of a self-insured employer for any communication made, or information given or disclosed, to assist the Office of the Ombudsman in carrying out its duties and responsibilities, unless the same was done maliciously.

A photocopy of this signed Authorization is as valid as the original and shall be provided to anyone from whom information is requested regarding industrial insurance issues.

This release will expire upon resolution of the issues involved, or at my express written request.

_____

(Print Name) FIRST MIDDLE LAST

_____

(List any AKA's)

_____ _____

(Signature) (Date)

AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION

Yo, _____, autorizo a la Oficina del Ombudsman (defensor), de acuerdo a la ley RCW 51.14.340-.370, a que contacte a todos mis proveedores médicos, empleador actual y anteriores y proveedores vocacionales con el propósito de identificar, investigar y facilitar la resolución de asuntos del seguro industrial. Esto puede incluir información confidencial o privilegiada incluyendo pero no limitada a mi reclamo de compensación al trabajador y/o contactar a cualquier otra persona que esté familiarizada con estos asuntos.

Voluntariamente y con conocimiento, libero de responsabilidad al estado de Washington, el Departamento de Labor e Industrias del estado de Washington, sus empleados y la Oficina del Ombudsman de cualquier reclamo por daños conocido o por conocer u otra responsabilidad que surja de la solicitud y recepción de información de la Oficina del Ombudsman.

Entiendo que de acuerdo a la ley RCW 51.14.360(2), no se puede tomar ninguna acción discriminatoria o tomar represalias en contra de ningún empleado de un empleador autoasegurado por comunicarse o proveer información para ayudar a la Oficina del Ombudsman a llevar a cabo sus deberes y responsabilidades, a menos de que se haya hecho de mala fe.

Una fotocopia de esta Autorización firmada es tan válida como el original y se debe proporcionar a cualquier persona a la que se le solicite información respecto a los asuntos del seguro industrial.

Esta Autorización expirará cuando los asuntos involucrados sean resueltos o cuando yo lo solicite por escrito.

_____

NOMBRE APELLIDO

_____

Otro(s) nombres que haya tenido

_____ _____

Firma Fecha