

## **AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la Oficina del Defensor (Ombuds), de conformidad con el Código Revisado de Washington, (Revised Code of Washington, RCW) 51.14.340-.370, RCW 51.14.120 (1) y el Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) 296-15-420 (7), a comunicarse con todos mis proveedores médicos, empleadores anteriores o presentes y proveedores vocacionales para identificar, investigar y facilitar la resolución de asuntos de seguro industrial. Esto puede incluir información confidencial o privilegiada, que incluye, entre otros, mi archivo de reclamo de compensación para trabajadores y/o comunicarse con cualquier otra persona que pueda estar familiarizada con estos temas.

Voluntariamente y con conocimiento, libero al estado de Washington, al Departamento de Labor e Industrias del estado de Washington, a sus empleados individuales y a la Oficina del Defensor de cualquier reclamo conocido y desconocido por daños u otras reparaciones que surjan de la solicitud y recepción de información por parte de la Oficina del Defensor.

Entiendo que de conformidad con el RCW 51.14.360 (2), no se puede tomar ninguna acción discriminatoria, disciplinaria o de represalia contra ningún trabajador de un empleador autoasegurado por cualquier comunicación hecha, o información dada o entregada, para ayudar a la Oficina del Defensor en el desempeño de sus funciones y responsabilidades, salvo que lo haya hecho de manera maliciosa.

Una fotocopia de esta Autorización firmada es tan válida como el original y se le entregará a cualquier persona a quien se pida información sobre asuntos de seguro industrial.

Este comunicado expirará una vez que se resuelvan los asuntos implicados, o a petición mía por escrito.

---

(Nombre en letra imprenta)    NOMBRE        SEGUNDO NOMBRE        APELLIDO

---

(Incluya cualquier otro de sus nombres conocidos)

---

(Firma)

---

(Fecha)

Número de reclamo: \_\_\_\_\_