



Comisión de la Fuerza Laboral de Texas
Servicios de rehabilitación vocacional
**Designación del Representante del
Solicitante o Cliente**

Con algunas excepciones, usted tiene derecho a conocer la información que los Servicios de Rehabilitación Vocacional de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC VRS) obtengan sobre usted, si lo solicita. También tiene derecho a recibir y revisar la información y a que TWC corrija la información sobre usted que sea incorrecta. (Código de Gobierno, Secciones 552.021, 552.023 y 559.004)

Yo, _____ (nombre del solicitante o cliente),

por el presente designo a la persona nombrada a continuación para actuar como mi representante a efectos de los servicios de rehabilitación. Puede actuar como mi representante para los siguientes fines: (seleccionar las opciones que se aplican)

1. ☐ Solicitar los servicios y desarrollar el Plan Individual o el Plan Individualizado para Empleo (Individualized Plan for Employment, IPE);
2. ☐ Autorizar la divulgación de la información confidencial sobre mí;
3. ☐ Representarme como agente a efectos de registro de votantes;
4. ☐ Representarme en una apelación; u
5. ☐ Otro (especificar): _____

Información del Representante

¿El representante es un abogado? ☐ Sí ☐ No

Nombre en letra imprenta del representante:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Cód. postal:

Autorización

Esta designación entra en vigor al ser presentada ante el asesor. Continúa en vigor hasta la fecha en que el solicitante, cliente o representante informe al asesor por escrito que ya no está en vigor.

Firma del solicitante o cliente:

X

Número de seguro social:

Fecha:

Firma del representante:

X

Fecha: