|  |  |
| --- | --- |
| **Texas Workforce Solutions logo** | **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 en una apelación; u
4. [ ]  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:      |