



Autorización para proveer información sobre reclamos

Para ser completada por el trabajador

Usted o su representante pueden ver los documentos en el archivo de su reclamo en línea en el Centro de Cuentas y Reclamos del departamento. Para mayor información visite: www.Lni.wa.gov/ClaimInfo.

Información del trabajador:

Número de reclamo		
Nombre del trabajador	Número de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Autorizo a la siguiente persona como mi representante y le doy acceso a lo siguiente:

Organización/Nombre del representante	Número de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

- Autorizo que provean el expediente de mi reclamo al representante indicado arriba, para que lo revise.
- Autorizo que envíen por correo el expediente de mi reclamo, pagos y correspondencia desde esta fecha en adelante, a la dirección del representante autorizado indicado arriba.
- Autorizo que provean información sobre enfermedades transmitidas sexualmente (STD), si hubiera alguna, como se define por la ley del estado.
- Autorizo, pero limito, la información que se provea al representante autorizado sobre mi reclamo a solamente lo siguiente: (por ejemplo, todos los archivos no-médicos, el examen del panel del 4 de febrero de 2013, etc. Por favor, escriba la lista abajo).

Esta autorización continuará **en efecto hasta que se revoque por escrito.**

Firma del trabajador

Fecha