

**AUTORIZACIONES PARA RECIBIR
INFORMACION CON MOTIVOS DE
VERIFICACION**

Nº de Causa _____

SECCION 1

Entiendo que el juez verificará mi empleo y mi situación económica para determinar si reúno los requisitos para que se me designe un defensor de oficio. Entiendo que puede ser que parte de la información que se necesita para dicha verificación se encuentre en documentos protegidos por leyes federales y estatales. Por tanto, para que las organizaciones públicas y privadas y los individuos tengan permitido proporcionarle al juez o a su designado la información que se les pida, firmo las autorizaciones a continuación. Entiendo que las organizaciones e individuos con quienes se podrá comunicar incluyen, aunque no están limitados a los siguientes:

- | | | |
|--|---|----------------------------|
| ◆ Administración del seguro social | ◆ Oficina estatal de recaudación | ◆ Tenedores de hipoteca |
| ◆ Departamento de vehículos motorizados | ◆ Division de empleo | ◆ Compañías de servicios |
| ◆ Proveedor de indemnización al obrero por incapacidad | ◆ Servicios para adultos y la familia | ◆ Arrendadores |
| ◆ Proveedor particular de seguros de incapacidad | ◆ Proveedor particular de seguros de vida | ◆ Patrones anteriores |
| ◆ Oficina de excarcelación | ◆ Compañías de tarjetas de crédito | ◆ Agencias de crédito |
| ◆ Bancos, compañías de ahorros y préstamos, sindicatos de crédito (para solicitar información de sus cuentas de ahorros, acciones, bonos, cheques, préstamos y crédito incluyendo copias de las solicitudes) | | ◆ Escuelas y universidades |

◆ _____
OTROS

SECCION 2

Específicamente, al firmar la presente autorización, le doy permiso al juez o a su designado para que se comunique directamente con mis patrones actuales ya sea por teléfono o por escrito y para que dilvugue y utilice mi dirección y número de Seguro social, de habérselo proporcionado, según considere necesario el juez o su designado. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor durante seis meses o hasta que mi caso sea resuelto o hasta que yo la revoque por escrito.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

SECCION 3 AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Nombre _____

Nº de seguro social _____

Fecha de nacimiento _____

Entiendo que puede ser que mis expedientes contengan información que está protegida por las leyes federales y estatales. Al firmar a continuación, doy mi permiso para que mis expedientes le sean divulgados directamente al juez o a su designado antes mencionado. Entiendo el motivo por el cual se ha solicitado la divulgación de mis registros. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor durante seis meses o hasta que mi caso sea resuelto o hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia, o facsímil (FAX) de mi firma tiene el mismo valor que la original.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

SECCION 4

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION PARA LA DIVISION DE EMPLEOS

Nombre _____

Nº de seguro social _____

Fecha de nacimiento _____

Autorizo a la División de empleos del estado de Oregon, para que le divulgue información contenida en los expedientes de la División de empleos, directamente al juez o a su designado antes mencionado. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor durante seis meses o hasta que mi caso sea resuelto o hasta que yo la revoque por escrito.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE