



AUTORIZACIÓN CERTIFICADA DE LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS

Florida Department of Commerce

Reemployment Assistance (RA) Benefit Records • P.O. Box 5750 • Tallahassee • FL 32314-5750 • (800) 204-2418

Esta autorización es para la divulgación de información confidencial contenida en los registros del Florida Department of Commerce

Una persona que recibe la información confidencial de la RA a través del uso de esta forma, en violación del Capítulo 443, Estatutos de la Florida, comete un delito menor de segundo grado, punible según lo dispuesto en el s. 775.082 o s. 775.083. § 443.1715 (1), Estatutos de la Florida

ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERIODO DE 60 DÍAS DESDE LA FECHA FIRMADA

INSTRUCCIONES: Para todas las solicitudes, Sección II, III o IV de este formulario deben completarse en su totalidad, según proceda. Si las secciones necesarias no se han completado, esto puede causar un retraso o la denegación de acceso a los registros solicitados. Solicitud completada por correo con franqueo pagado sobre con su dirección a: Florida Department of Commerce, Reemployment Assistance Records, PO Box 5750, Tallahassee, Florida 32.314 hasta 5.750.

SECCIÓN I – (Seleccione todas las que apliquen)

- Yo soy el reclamante o representante del Reclamante solicitando información del Reclamante. Ninguna cuota será evaluada (Complete Sección II)
- Yo soy el empleador/ representante del Empleador solicitando información del empleador. Ninguna cuota será evaluada. (Complete Sección III).
- Yo soy una de las partes que requieran información de una parte contraria para un procedimiento de Asistencia de Reempleo. Se evaluará ninguna cuota. (Complete la Sección II y III).
- Yo soy un Tercero Solicitante (un portador de compensación de trabajadores, un tercero confiere un beneficio o servicio en un reclamante o empleador, o un representante de un reclamante o empleador). (Complete la SECCION IV, y las secciones II y / o III).

La información que estoy solicitando es:

- Archivo Completo Impresión del Historia de Pago de Beneficios RA Información de Salarios Records
- Otro (Por favor especifique) _____

SECTION II – Información del Reclamante - Complete si solicita información del Reclamante.

Nombre: _____ Numero de Seguro Social (SSN) _____
 (Recolección de su número de Seguro Social está autorizado por la ley y necesario para la recuperación de registros. § 443.091, Estatutos de la Florida. Su número de Seguro Social no será utilizado para ningún otro propósito.)

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
 mm/dd/aaaa

SECCIÓN III – Información de Empleador – Complete si solicita información del Empleador.

Nombre de Compañía: _____

Nombre/Título de Contacto: _____ Número Telefónico: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

SECCIÓN IV – Solicitantes de Tercera Parte

Solicitante/Nombre de Compañía: _____

Nombre/Título de Contacto: _____ Número Telefónico: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

NOTA: Si usted es un Solicitantes de Tercera Parte las firmas certificadas en la Sección V, provistos en la **página 2** de este formulario, debe ser completado.

Una persona que recibe la información confidencial de la RA a través del uso de esta forma, en violación del Capítulo 443, Estatutos de la Florida, comete un delito menor de segundo grado, punible según lo dispuesto en el s. 775.082 o s. 775.083. § 443.1715 (1), Estatutos de la Florida

SECCIÓN V –

Solicitantes de Tercera Parte Reconocimiento y Acuerdo de Registros Solicitante de la sección IV

Al firmar y enviar este formulario, el solicitante reconoce y está de acuerdo a lo siguiente:

1. El Solicitante de Tercera Parte reconoce que él / ella es un portador de compensación de trabajadores, un tercero confiere un beneficio o servicio en un reclamante o empleador, o el representante de un reclamante o empleador.
2. El Solicitante de Tercera Parte, si es portador de compensación al trabajador, deberá utilizar la información suministrada exclusivamente a los efectos de determinar si el reclamante identificados en la Sección II de este formulario es elegible para la compensación de los trabajadores y para los fines de cualquier mediación, negociación, arbitraje o litigio sobre la alegación de la reclamante para la compensación de los trabajadores.
3. El Solicitante de Tercera Parte deberá almacenar la información en un lugar y manera que es inaccesible a personas no autorizadas y puesto a disposición sólo a personas autorizadas con una necesidad de acceso a la información.
4. El Solicitante de Tercera Parte deberá instruir a todo el personal con acceso a la información sobre los requisitos de confidencialidad establecidos en el Capítulo 443, FS y en esta forma.
5. El Solicitante de Tercera Parte reconoce que cualquier persona que ilegalmente revela la información salarial confidencial es culpable de un delito menor de segundo grado. s. 443.1715, F.S.
6. El Solicitante de Tercera Parte reconoce que Florida Department of Commerce se reserva el derecho a realizar una inspección en el lugar para asegurar los requisitos de la ley y se están cumpliendo este acuerdo.
7. El Solicitante de Tercera Parte se compromete a pagar los costos aplicables asociados con la provisión de los datos solicitados. Título 20 Parte 603, Código de Regulaciones Federales.
8. El Solicitante de Tercera Parte entiende que la información solicitada puede contener imprecisiones debido a los errores cometidos por los empleadores en sus informes trimestrales de salarios y el Florida Department of Commerce

Como el Solicitante de Tercera Parte, POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE SOY UN PARTIDO CON DERECHO A LA INFORMACIÓN identificados en la Sección I y que la información contenida en este formulario es exacta y veraz.

Firma del Solicitante de Tercera Parte

Fecha

Reclamante / Certificación empleador de conformidad con 20 CFR 603.5 (d) (2) - Requerido sólo cuando hay un Solicitante de terceros.

Al firmar este formulario, el reclamante y / o empleador certifica y reconoce lo siguiente:

1. Yo soy el reclamante y / o empleador identificados en la Sección II y / o III y que la información contenida en este formulario es exacta y veraz. Autorizo la divulgación de mi información al solicitante nombrado en la Sección IV.
2. La liberación de los registros identificados en el presente documento ofrece un servicio o beneficio para mí.
3. **Si esta solicitud implica un reclamo de compensación laboral:** Sección 443.1715 (2) (b) 1, de los Estatutos de la Florida, dispone: El empleador o portador de compensación de trabajadores del Contratante contra la que una reclamación de beneficios bajo el Capítulo 440, Estatutos de la Florida, se haya hecho, o un representante de cualquiera, podrá solicitar los registros al Florida Department of Commerce de los salarios de la Reclamante reportado por un empleador para el trimestre que incluye la fecha del accidente que es objeto de dicha reclamación y para los trimestres siguientes. La solicitud debe hacerse con la autorización o consentimiento de el Reclamante o cualquier empleador quien paga los salarios a la posterior Reclamante a la fecha del accidente. Trabajo de la Florida Ley de Compensación se establece que los beneficios de compensación se reducirá en el importe de la ayuda reempleo (o compensación por desempleo) recibidas (Sección 440.15 (10), FS). **Para permitir la determinación de la cantidad adecuada de compensación de los trabajadores, por la presente autorizo la liberación de reempleo información de asistencia relativa a mi cuenta.**

Firma de la persona que es objeto de esta solicitud. (Reclamante/Empleador)

Fecha