Oregon Department of Justice
Oregon Child Support Program
Supporting Parents to Support Children

Division of Child Support
PO Box 14680
Salem OR 97309
800-850-0228
OregonChildSupport.gov

Autorización para Divulgar los Registros del Programa de Manutención de Hijos de Oregon

Yo, (escriba o imprima su nombre completo) _____,

identificado además por *(seleccione uno)*:

☐ los últimos cuatro dígitos de mi Número de Seguro Social _____, o

☐ fecha de nacimiento *(mm/dd/aaaa)* ___/___/_____,

autorizo al Oregon Child Support Program (Programa de Manutención de Hijos de Oregon) a divulgar y liberar mis registros confidenciales de manutención de hijos o manutención conyugal o información, que puede incluir discutir los detalles de mis casos, a:

Nombre de la persona o entidad:_____

Correo electrónico o número de teléfono: _____

Certifico que esta persona es mayor de 18 años.

Marque el que aplica:

☐ Esta autorización cubre mis registros y la información solicitada por la persona o entidad nombrada anteriormente solo para el número de caso_____, del Programa de Manutención de Hijos de Oregon.

☐ Esta autorización cubre todos mis registros y la información para el Programa de Manutención de Hijos de Oregon, según lo solicitado por la persona o entidad nombrada anteriormente.

Esta autorización se vence **12 meses** desde la fecha de la firma a menos que yo la revoque por escrito al Programa de Manutención de Hijos de Oregon.

Entiendo que esta autorización solo es valida para el Programa de Manutención de Hijos de Oregon y no se aplica a la Oficina de Audiencias Administrativas.

_____

Firma Nombre escrito Fecha

Teléfono (celular):_____ ¿Textos? ☐ Si ☐ No

Teléfono (mensaje):_____

Teléfono (casa): _____ Correo electrónico:_____

_____

Domicilio Ciudad Estado Código postal