

**OFICINA DE MANUTENCIÓN DE HIJOS MENORES  
PERMISO PARA LIBERAR INFORMACIÓN PARA LA  
COMISIÓN DE BENEFICIARIOS DE PATERNIDAD DE OHIO**

Identificación del Participante: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE), por la presente autorizo a la Oficina de Manutención de Hijos Menores de Ohio (Ohio Child Support, OCS), para analizar la información referente a mi(s) caso(s) de manutención de hijos menores ante la Comisión de Paternidad de Ohio (Ohio Commission on Fatherhood, OCF), con el propósito de administrar el programa de paternidad de la Comisión.

**ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:**

- A la Oficina de Manutención de Hijos Menores de Ohio se le requiere mantener en confidencialidad la información contenida en un expediente según lo dispuesto en ORC 1347.08, Código Administrativo de Ohio 5101:12-1-20.1, y otras disposiciones de la Ley Estatal y Federal.
- Entiendo que la información que se comparte entre los beneficiarios de OCS y OCF puede incluir, pero no se limita a, la fecha y monto de los pagos de manutención que hago y si estoy cumpliendo con las órdenes de manutención existentes en mí caso.
- Dado que los beneficiarios de OCF no pueden liberar información de un expediente que aún no haya sido asunto de conocimiento público, sin el consentimiento expreso de la persona que sea el sujeto de la información contenida en el expediente, la información liberada a los beneficiarios de OCF **no** incluirá información relacionada con ninguna de las partes legales del caso, incluyendo, sin limitación, la información y el domicilio de residencia del empleador de la otra parte.
- Ni la parte solicitante ni los beneficiarios de OCF pueden dictar medidas de ejecución. La tarea de las medidas de ejecución correspondientes en un caso se deja a la discreción del administrador del caso, el personal administrativo o jurídico de OCS y de la CSEA del condado local.
- Esta autorización de liberación se mantendrá en vigor durante tres años después de la fecha de la firma o hasta que yo proporcione a OCS un **aviso por escrito para** retirar el permiso de permitir la liberación de la información a los beneficiarios de OCF.

Entiendo plenamente mis derechos según lo descrito en ORC 1347.08, Código Administrativo de Ohio 5101:12-1-20.1, y otras disposiciones de la Ley Estatal y Federal, estoy de acuerdo con las condiciones de esta autorización de liberación y por la presente renuncio a mis derechos y doy mi consentimiento para la liberación de información como se especifica anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número del Caso (si se conoce)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para uso exclusivo del personal de los beneficiarios de OCF**

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_

¿Completó el padre el programa?  Sí  No

TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE.