|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Texas Workforce Solutions logo** | **Comisión de la Fuerza Laboral de Texas**  **Servicios de rehabilitación vocacional**  **Designación del Representante del Solicitante o Cliente** | | | | | |
| Con algunas excepciones, usted tiene derecho a conocer la información que los Servicios de Rehabilitación Vocacional de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC VRS) obtengan sobre usted, si lo solicita. También tiene derecho a recibir y revisar la información y a que TWC corrija la información sobre usted que sea incorrecta. (Código de Gobierno, Secciones 552.021, 552.023 y 559.004) | | | | | | |
| Yo,       (nombre del solicitante o cliente),  por el presente designo a la persona nombrada a continuación para actuar como mi representante a efectos de los servicios de rehabilitación. Puede actuar como mi representante para los siguientes fines: (seleccionar las opciones que se aplican)   1. Solicitar los servicios y desarrollar el Plan Individual o el Plan Individualizado para Empleo (*Individualized Plan for Employment*, IPE); 2. Autorizar la divulgación de la información confidencial sobre mí; 3. Representarme en una apelación; u 4. Otro (especificar): | | | | | | |
| **Información del Representante** | | | | | | |
| ¿El representante es un abogado?  Sí  No | | | | | | |
| Nombre en letra imprenta del representante: | | | | Número de teléfono:  (     ) | | |
| Dirección: | | Ciudad: | | Estado: | | Cód. postal: |
| **Autorización** | | | | | | |
| Esta designación entra en vigor al ser presentada ante el asesor. Continúa en vigor hasta la fecha en que el solicitante, cliente o representante informe al asesor por escrito que ya no está en vigor. | | | | | | |
| Firma del solicitante o cliente:  **X** | | | Número de seguro social: | | Fecha: | |
| Firma del representante:  **X** | | | | | Fecha: | |