

# SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE IMPUESTOS/BENEFICIOS

K-RM 002 S (11-24)

CORREO: Disclosure Officer  
Kansas Department of Labor  
P.O. Box 3539  
Topeka, KS 66601-3539  
FAX: (785) 368-7117

Información requerida: \_\_\_\_\_

La información será utilizada para: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A – RECLAMANTE

Esta solicitud es presentada por un reclamante o en referencia a un reclamante de desempleo de Kansas. **La información solicitada por un reclamante solo se enviará por correo al reclamante.**

Número de Seguro Social del Reclamante: XXX-XX-

Nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección del reclamante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN C – FUNCIONARIO PÚBLICO O EMPLEADO

Esta solicitud es presentada en el desempeño de funciones públicas por un funcionario o empleado autorizado de:

Nombre de la sucursal del gobierno local: \_\_\_\_\_  Nombre de la sucursal del gobierno federal: \_\_\_\_\_

Nombre de la sucursal del gobierno estatal: \_\_\_\_\_  Nombre de la agencia de cumplimiento de ley: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Enviar información a: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN B – EMPLEADOR

Esta solicitud es presentada por un empleador o en referencia a la cuenta de un empleador de Kansas.

Número de Cuenta del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Declaración de impuestos por desempleo:

Trimestres \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

### Información mantenida en los archivos de KDOL puede ser divulgada como se especifica en K.A.R. 50-4-2 y K.S.A. 44-714(e).

**CERTIFICACIÓN:** Entiendo que esta información se divulga de acuerdo con la Ley de Seguridad Laboral, K.S.A. 44-714(e), la cual proporciona la divulgación de información a ... *empleados públicos en el desempeño de sus funciones públicas...* Esta información mantiene su naturaleza confidencial y *... no se publicará ni estará abierta a la inspección pública... de ninguna manera que revele la identidad del individuo o de la unidad empleadora...* Entiendo que esta información se proporciona con el entendimiento explícito de que el destinatario tratara esta información de manera confidencial y se abstendrá de divulgar la información o permitir que se publique como parte de un registro público en cualquier procedimiento.

### (LA FIRMA DEBE SER NOTARIZADA)

Con mi firma, autorizo y doy mi consentimiento a la divulgación y copia de esta información para los propósitos mencionados anteriormente. Doy fe de que reconozco las medidas de divulgación mencionadas en K.A.R. 50-4-2 y K.S.A. 44-714(e).

Nombre impreso del solicitante: \_\_\_\_\_ Título (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

RECUÉRDESE, que el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_, ante mí personalmente se presentó \_\_\_\_\_, reconocido por mí como la persona nombrada en y quien ejecuto el escrito anterior y reconoce la ejecución del mismo.

Estado de: \_\_\_\_\_ NOTARIO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

Condado de: \_\_\_\_\_ Mi comisión vence el día: \_\_\_\_\_