

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A EGMS

Por favor, utilice este formulario para solicitar o cambiar los permisos de acceso a los usuarios para el portal web del Sistema de Gestión de Subvenciones Electrónicas (EGMS) del Departamento de Educación de Oregón: <https://district.ode.state.or.us/home/>

INFORMACION DE LA ORGANIZACION

Nombre de la Organización _____ ODE ID de la Institucion (usualmente 4 digitos) _____

Direccion de la Organización _____ Telefono de la Organización _____

Nombre/Correo electronico (de la persona completando esta forma) _____

Usted no puede otorgarse derechos de Administrador de reclamos—el formulario debe estar firmado por su Superintendente/Jefe de Agencia/Director o un miembro de su Junta Directiva—no puede ser firmado por el Administrador de reclamos solicitando acceso.

AUTHORIZING SIGNATURE (DEBE SER FIRMADO)	NOMBRE (IMPRESO)	TITULO	FECHA

CA= ADMINISTRADOR DE RECLAMOS (Este formulario firmado otorga a la persona (s) que están bajo la autoridad para solicitar reembolsos de subsubvención (entrar reclamos) en EGMS para su organización. El ID de inicio de sesión del administrador de reclamos se adjuntará a cada reclamación con fines de auditoría.)

RO=LEER-SOLAMENTE (Este formulario firmado, otorga al personal) por debajo de la autoridad principal para ver las subsubvenciones de su organización en EGMS.)

DE1= EL ACTUAL MIEMBRO DEL PERSONAL YA NO NECESITA EGMS (Este empleado actual puede necesitar acceso a otras bases de datos de ODE por otras razones, pero ya no necesita acceso a EGMS.)

DE2= EX EMPLEADO YA NO NECESITA ACCESO A EGMS (Este ex empleado ya no necesita acceso a EGMS.)

SCO=SÓLO PARA EL CONTACTO DE SUBVENCIÓN (solo como contacto de subsubvención no necesita acceso al sistema del usuario.)

	USUARIO NOMBRE/APELLIDO	TITULO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
1				
	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> DE1 <input type="checkbox"/> DE2 <input type="checkbox"/> SCO <input type="checkbox"/> Sustituya _____ en las subvenciones con la persona arriba mencionada			
2				
	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> DE1 <input type="checkbox"/> DE2 <input type="checkbox"/> SCO <input type="checkbox"/> Sustituya _____ en las subvenciones con la persona arriba mencionada			
3				
	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> DE1 <input type="checkbox"/> DE2 <input type="checkbox"/> SCO <input type="checkbox"/> Sustituya _____ en las subvenciones con la persona arriba mencionada			
4				
	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> DE1 <input type="checkbox"/> DE2 <input type="checkbox"/> SCO <input type="checkbox"/> Sustituya _____ en las subvenciones con la persona arriba mencionada			
5				
	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> DE1 <input type="checkbox"/> DE2 <input type="checkbox"/> SCO <input type="checkbox"/> Sustituya _____ en las subvenciones con la persona arriba mencionada			
6				
	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> DE1 <input type="checkbox"/> DE2 <input type="checkbox"/> SCO <input type="checkbox"/> Sustituya _____ en las subvenciones con la persona arriba mencionada			

PARA USO INTERNO SOLAMENTE

1	<input type="checkbox"/> IMS	<input type="checkbox"/> Web UN _____	<input type="checkbox"/> ODEX	<input type="checkbox"/> Subgrant Changes	<input type="checkbox"/> Email Sent _____
2	<input type="checkbox"/> IMS	<input type="checkbox"/> Web UN _____	<input type="checkbox"/> ODEX	<input type="checkbox"/> Subgrant Changes	<input type="checkbox"/> Email Sent _____
3	<input type="checkbox"/> IMS	<input type="checkbox"/> Web UN _____	<input type="checkbox"/> ODEX	<input type="checkbox"/> Subgrant Changes	<input type="checkbox"/> Email Sent _____
4	<input type="checkbox"/> IMS	<input type="checkbox"/> Web UN _____	<input type="checkbox"/> ODEX	<input type="checkbox"/> Subgrant Changes	<input type="checkbox"/> Email Sent _____
5	<input type="checkbox"/> IMS	<input type="checkbox"/> Web UN _____	<input type="checkbox"/> ODEX	<input type="checkbox"/> Subgrant Changes	<input type="checkbox"/> Email Sent _____
6	<input type="checkbox"/> IMS	<input type="checkbox"/> Web UN _____	<input type="checkbox"/> ODEX	<input type="checkbox"/> Subgrant Changes	<input type="checkbox"/> Email Sent _____

Escanear su documento completado y firmado, para ser enviado por correo electronico a ode.egms@state.or.us para su proceso.