



London Breed, Mayor

Department of Human Services  
Department of Aging and Adult  
Services Office of Early Care and

Trent Rhorer, Executive Director

### 授權發佈HSA資訊

本人 \_\_\_\_\_ ， 出生日期 \_\_\_\_\_ ，  
特此授權民政服務署 ( HSA 向遊民和支援性住屋部 ( HSH 以及HSH附屬機構發佈關於本人的資訊，  
目的如下：

- 更快確認我的收入和福利，幫助我接受住房和 ( 或 ) 住房服務評估；
- 幫助我獲得和 ( 或 ) 維持HAS補助、福利和服務，使我有資格享有住房服務。

我瞭解要發佈的資訊可能包括以下內容：

- 公共援助、現金援助、福利和服務資訊
- 醫療資格資料系統資訊 ( 包括醫療狀態、社會安全、移民、就業和其他州和聯邦資訊 )
- 文件 ( 包括身份證明、出生證明、社會安全號碼、公民身份驗證、子女撫養資訊 )
- 工資和其他收入資訊
- 就業狀況資訊 ( 包括健康和殘障資訊 )
- 家庭開支資訊
- 案例敘述和預約資訊
- 根據需要提供其他資訊，幫助更快獲得住房和 ( 或 ) 住房服務

### 我的權利

我明白我有權：

- 拒絕簽署授權書。如果我拒絕簽名，可能會限制我能接受的服務。
- 收到本授權書的副本。
- 撤銷授權。要撤銷授權，我理解我必須將簽名的書面取消請求寄到：HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988 HAS接到我的請求時，我的撤銷會生效，不會對任何已經分享的資訊產生影響。
- 檢查我的HAS案件記錄，請與HAS記錄保管處聯繫，電話 (415) 503 4889。

透過簽署授權書，我確認在簽名前已閱讀本表格 ( 或由別人唸給我聽 ) 。從授權簽名之日起，本授權有效期一年，除非HAS收到我的書面撤銷請求。

\_\_\_\_\_  
客戶或授權代表簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
授權代表 ( AR 姓名，如適用

\_\_\_\_\_  
AR與客戶的關係

(HSA → HSH: 2019-06)