



London Breed, Mayor

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

Trent Rhorer, Executive Director

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA HSA

Yo, _____, fecha de nacimiento _____, por medio de la presente autorizo a la Agencia de Servicios Humanos (HSA) a divulgar información sobre mí al Departamento de Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar (HSH) y a las agencias afiliadas al HSH para los siguientes propósitos:

- Para verificar mis ingresos y beneficios más rápidamente, para ayudarme a ser evaluado para recibir servicios de refugio y/o vivienda;
• Para ayudarme a obtener y/o mantener la ayuda, los beneficios y los servicios de la HSA para que pueda calificar para los servicios de vivienda.

Yo entiendo que la información que se divulgará puede incluir lo siguiente:

- Asistencia pública de dinero en efectivo, beneficios e información sobre servicios
• Información sobre el Sistema de Datos de Elegibilidad de Medi-Cal (incluyendo estado de Medi-Cal, Seguro Social, inmigración, empleo y otra información estatal y federal)
• Documentos (incluyendo identificación, acta de nacimiento, número de seguro social, comprobante de ciudadanía, información de manutención de hijos)
• Información sobre salarios y otros ingresos
• Información sobre el estado de empleabilidad (incluyendo información sobre salud y discapacidad)
• Información sobre los gastos del grupo familiar
• Narrativas de casos e información de citas
• Otra información, según sea necesario, para ayudar a obtener refugio y/o servicios de vivienda más rápidamente

MIS DERECHOS

Yo entiendo que tengo derecho a:

- Negarme a firmar esta Autorización. Si me niego a firmar, esto puede limitar los servicios que llegue a recibir.
• Recibir una copia de esta Autorización.
• Cancelar esta Autorización. Para cancelar esta Autorización, entiendo que debo enviar mi solicitud de cancelación por escrito firmada a: HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988. Mi cancelación surtirá efectos cuando sea recibida por la HSA, y no se aplicará a ninguna información que ya haya sido compartida.
• Inspeccionar mis expedientes de caso de la HSA al comunicarme con el Custodio de Expedientes de la HSA al (415) 503-4889.

Al firmar esta Autorización, reconozco que este formulario fue leído por mí (o leído a mí) antes de firmarlo. Esta Autorización es válida por un año a partir de la fecha en que se firma esta Autorización o hasta que mi cancelación por escrito sea recibida por la HSA.

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha

Nombre del representante autorizado (RA), si corresponde

Relación del RA con el cliente

(HSA -> HSH: 2019-06)