



**AWTORISASYON PARA SA PAGPAPALABAS NG IMPORMASYON NG HSA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HSA INFORMATION)**

Ako, si _____, petsa ng kapanganakan _____, sa pamamagitan nito ay nagbibigay ng awtorisasyon sa **Human Services Agency (HSA)** upang magpalabas ng impormasyon tungkol sa akin sa **Department of Homelessness and Supportive Housing (HSH)** at mga sangay na ahensiya ng HSH para sa sumusunod na mga layunin:

- Upang mapabilis na patotohanan ang aking kita at mga benepisyo, para makatulong sa aking kumuha ng pagtataya para sa mga serbisyo ng silungan at/o pabahay;
- Upang tulungan akong makakuha at/o mapanitili ang mga tulong, benepisyo at serbisyo mula sa HSA nang sa gayon ako ay maaaring maging kuwalipikado para sa mga serrbisyo ng pabahay.

Nauunawaan ko na ang impormasyon na ipinapalabas ay maaaring kabilang ang sumusunod:

- Pamublikong tulong na perang pantulong, mga benepisyo at serbisyo na impormasyon
- Sistema sa Datos ng Pagiging Karapat-dapat sa Medi-Cal (Medi-Cal Eligibility Data System) na impormasyon (kabilang ang katayuan sa Medi-Cal, Social Security, imigrasyon, trabaho at iba pang estado at pederal na impormasyon)
- Mga dokumento (kabilang ang impormasyon sa pagkakakilanlan, katibayan ng kapanganakan, numero ng social security, patotoo sa pagkamamamayan, suporta sa anak)
- Impormasyon sa sahod at iba pang kita
- Impormasyon sa katayuan ng pagiging angkop na magtrabaho (kabilang ang impormasyon sa kalusugan at kapansanan)
- Impormasyon sa gastos ng sambahayan
- Impormasyon sa Case narratives at appointment
- Iba pang impormasyon, kung kinakailangan, para tumulong sa mas mabilis na pagkuha ng mga serbisyo ng silungan at/o pabahay

ANG AKING MGA KARAPATAN

Nauunawaan ko na mayroon akong karapatang:

- Tumangging lumagda sa Awtorisasyon. Kung tumanggi akong lumagda, maaaring may limitasyon ang mga serbisyong aking matatanggap.
- Tumanggap ng kopya ng Awtorisasyong ito.
- Kanselahin ang Awtorisasyong ito. Para kanselahin ang Awtorisasyong ito, nauunawaan ko na dapat akong magpadala ng aking nilagdaan na nakasulat na kahilingan ng pagkansela sa: HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988. Ang aking pagkansela ay magiging epektibo kapag natanggap ito ng HSA, at hindi magagamit sa anumang impormasyon na dati nang ibinahagi.
- Siyasatin ang aking mga talaan ng kaso na nasa HSA sa pamamagitan ng pagkontak sa Custodian of Records ng HSA sa (415) 503-4889.

Sa paglagda sa Awtorisasyong ito, pinapatunayan ko na ang pormularyong ito ay aking binasa (o binasa sa akin) bago sa paglagda. Ang Awtorisasyong ito ay may-bisa para sa isang taon mula sa petsa ng paglagda ng Awtorisasyong ito o hanggang ang aking nakasulat na pagkansela ay natanggap ng HSA.

Lagda ng Kliyente o Awtorisadong Kinatawan

Petsa

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan (AR), kung angkop

Kaugnayan sa Kliyente ng AR

(HSA → HSH: 2019-06)

P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988 ▪ (415) 557-5000 ▪ www.sfhsa.org