



Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a San Vicente De Paul y Caridades  
(Escribir Nombre y Apellido)

Católicas del Este de la Bahía para discutir mi caso personal y  para obtener y/o  divulgar información confidencial sobre mí y mi familia con el fin de coordinar los servicios y el cumplimiento de los servicios financieros del programa.

La información se obtendrá / divulgará a:

- Servicios de selección de inquilinos, Administración de las oficinas del Seguro Social, información estatal de salarios, agencias de cobranza, agencias de servicios sociales estatales y locales, fuentes de pensiones, empleadores actuales y anteriores, proveedores de atención médica, instituciones financieras y propietarios.
- Financiadores (FEMA, HUD y otras entidades de financiamiento) para fines de presentación de informes

Materiales que divulgar (lista de toda la información requerida):

- Nombre y apellidos, Seguro Social, fecha de nacimiento, domicilio
- Verificación de discapacidad
- Información de vivienda actual e histórica (alquiler o hipoteca) (libro de alquiler, registro de pago de hipoteca, comprobante de la sección 8, administrador de propiedad o arrendador, y otras fuentes no mencionadas anteriormente)
- Información de ingresos (salarios, desempleo, discapacidad, manutención de esposa/o, manutención de los hijos, ingresos por trabajo por cuenta propia, intereses, dividendos, pensiones, prestaciones de seguridad social, ingresos de seguridad suplementarios, asistencia pública como TANF o GA y otras fuentes no mencionadas anteriormente)
- Información de beneficios
- Asistencia financiera recibida de Caridades Católicas

Propósito de la divulgación: Establecer la elegibilidad para los servicios ofrecidos en la agencia.

Mi firma indica que yo estoy consiente que información se divulgara. Soy consciente de que este consentimiento puede ser revocado (por escrito) en cualquier momento. Mi firma también significa que he leído este formulario o me lo han leído y explicado en un idioma que puedo entender. Se deben completar todos los espacios en blanco.

Este formulario de consentimiento vence el \_\_\_\_\_, 180 días (o un año para programas que brindan servicios por más de doce meses) a partir de la fecha de la firma, a menos que el cliente lo revoque por escrito antes de esa fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal / testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

