

CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACION

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO _____

Declaración de Privacidad: Es voluntario el proporcionar su numero de Seguro Social. Sin embargo, se le puede requerir el firmar este documento para proporcionar información en caso de que sea necesario hacer una determinación acerca de su elegibilidad para recibir beneficios y servicios. Las leyes Federales y Estatales requieren a las agencias de salud y servicios humanos el proteger la privacidad y seguridad de la información del solicitante o beneficiario. Información proporcionada a otra entidad, podría potencialmente ser compartida con otra agencia, en cuyo caso la ley federal o estatal, pudieran no proteger la información.

Por favor, lea esta forma cuidadosamente y pregunte si no entiende algo.

Nombre del Solicitante/Beneficiario: (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	SSN (opcional)	Fecha de Nacimiento:	
Dirección - Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

1. Yo Autorizo a: (Nombre de la persona/agencia)			
Dirección - Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
2. El proporcionar información a: (Nombre de la persona/agencia que recibirá la información)			
Dirección - Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
3. La siguiente información: (Especifique)			
4. La información arriba mencionada se usara para: (escriba cada propósito)			
5. Esta autorización esta en efecto hasta: (máximo de un año)			

Este consentimiento es voluntario y permanece en efecto hasta la fecha arriba indicada. Entiendo que si no especifico una fecha de expiración, esta autorización es valida por el termino de un año. También entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier otra fecha, contactando la agencia; y que se me pedirá que llene y firme la *Sección de Cancelación del Consentimiento por Escrito*, que aparece abajo. La cancelación no afectara a la información que ya ha sido proporcionada anteriormente.

Entiendo que si mi expediente contiene información relacionada con condiciones de salud, medicas, de abuso de sustancias*, psicológicas, psiquiatricas, este consentimiento pudiera incluir esa información. También entiendo que me puedo negar a firmar este consentimiento. (*se requiere un consentimiento aparte).

Una fotocopia de este documento tiene igual validez que el original. La información pudiera ser proporcionada por escrito, de forma oral, o por transmisión electrónica, a menos que se especifique de otra manera.

Firma del Solicitante/Beneficiario: _____ Fecha: _____

Firma del personal de la agencia: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (Si es necesario): _____ Fecha: _____

Cancelación del Consentimiento por Escrito

Yo, _____, cancelo mi consentimiento
Nombre del Solicitante/Beneficiario (use letra de molde)

que di a _____ para proporcionar información.

Entiendo que la cancelación no afecta a la información que ya ha sido proporcionada.

Firma del Solicitante/Beneficiario: _____ Fecha _____

Testigo (Si es necesario): _____ Fecha _____

Fecha de revocación del consentimiento: _____
Firma del personal de la agencia

(Para ser completada por la agencia cuando la revocación se hace por teléfono)

Cancelación Verbal del Consentimiento

Yo atestiguo que una Cancelación Verbal fue hecha para este consentimiento por:

_____ en _____.
Nombre del Solicitante/Beneficiario Fecha

El Solicitante/Beneficiario fue informado que cualquier acción tomada anterior a esta cancelación es legal y valida.

Firma del Personal de la Agencia Fecha

Distribución: A la agencia/persona que da la información Archivo Solicitante/Beneficiario

La División de Servicios Sociales de Carolina del Norte no discrimina a ninguna persona sobre las bases de raza, color, nación de origen, discapacidad, sexo, edad, o creencias políticas, en la admisión, tratamiento, o participación en sus programas, servicios y actividades, o en el empleo.