



AUTORIZACION PARA REVELAR/INTERCAMBIAR INFORMACION

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ autorizó al personal de Jewish Family Services (“Proveedor” de aquí en adelante) para revelar/intercambiar información protegida y los archivos obtenidos en el curso de recibir servicios en el albergue para migrantes. Dicha divulgación deberá estar limitada al intercambio de información para los siguientes fines (marque todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/> Apoyo y coordinación de servicios	<input type="checkbox"/> Coordinación de recursos	<input type="checkbox"/> Referencia medica
<input type="checkbox"/> Coordinación de patrocinio familiar	<input type="checkbox"/> Citas con Inmigración	<input type="checkbox"/> Citas fuera de sitio
<input type="checkbox"/> Otros:		

Derechos

Entiendo que mis registros están protegidos por las regulaciones federales y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información utilizada o divulgada, según lo dispuesto en la sección 164.524 del Código de Regulaciones Federales 45. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización. Cualquier revocación o modificación de esta autorización debe ser por escrito y recibida por el Proveedor.

Al firmar este formulario, renuncio a cualquier derecho de tenencia y / o beneficios de reubicación para mí y para todos los miembros de mi familia. Esto me lo proporcionaron en mi idioma primario, ya sea verbalmente o por escrito.

Expiración

Esta autorización seguirá siendo válida hasta: _____ (Fecha)

Firma del jefe/jefa de familia

Fecha

--Para Uso Oficial--

Revisión/aprobación de empleado(a) de JFS

Firma de empleado(a)

Nombre del empleado(a)

Fecha