

**SOLICITANTE/DESTINATARIO  
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN  
(APPLICANT/RECIPIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE  
OF INFORMATION)**

Sólo para uso de oficina	
Nombre del Solicitante/Destinatarario	Número de caso
Nombre de los representantes de CDJFS/Distintivo único/Fecha	

Yo, \_\_\_\_\_, por la presenta autorizo \_\_\_\_\_ a revelar  
(Nombre del Individuo) (Nombre de entidades cubiertas como, CDJFS, empleador, etc.)  
la información debajo \_\_\_\_\_ con el propósito de determinar  
(¿Quién recibirá la información?)  
elegibilidad para asistencia monetaria, asistencia médica y/o beneficios para ayuda alimenticia, o por las siguientes razones:  
\_\_\_\_\_  
Información para ser divulgada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Al firmar debajo, yo entiendo que:**

Esta autorización se vence \_\_\_\_\_ o hasta que sea revocado por mi por escrito, cual llegue primero  
(Fecha o finalización del "evento"- razón por la cual la autorización firmada es necesaria)

Yo tengo el derecho de revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a la siguiente dirección:

El hecho de revocar o cancelar esta autorización no afecta el uso o la divulgación de información ocurrida previa a la fecha que la autorización fue cancelada.

Cualquier información usada o divulgada por esta autorización específica puede volver a divulgarse por la persona o entidad recibiendo la información. En tal situación, puede que ya no sea protegida por leyes federales o estatales.

Esta autorización NO es para la divulgación o el uso de información de salud protegida (PHI) - por favor utilice el formulario apropiado de autorización de divulgación médica.

Yo estoy consciente de mis responsabilidades para reportar completa y plenamente todos los hechos que pueden afectar mi elegibilidad para toda asistencia monetaria, asistencia médica y/o los beneficios para ayuda alimenticia. Yo tengo presente que si la información requerida revela que yo he reportado inapropiadamente mi situación, la información será entregada a un abogado para una posible acción civil o procesamiento criminal.

Llenar este formulario es voluntario, pero necesario para determinar la elegibilidad para asistencia monetaria, asistencia médica y/o beneficios para cupones de alimentos.

Firma del Solicitante/ Destinatario o Representante autorizado	Fecha	Autoridad Legal representativa del Solicitante/Destinatarario (Los padres, tutor legal, abogado, representante autorizado, etc.)
--	-------	--

**Por favor responda en el espacio debajo, firme y ponga la fecha.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma/Título de la persona suministrando la información	Número telefónico	Fecha
---	-------------------	-------