

CAO NAME AND ADDRESS

CASE IDENTIFICATION				
CO	RECORD NUMBER	CAT	CSLD	DIST
RECORD NAME				DATE

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN	CÓDIGO POSTAL

Por la presente autorizo y solicito que se entregue a la Oficina de Asistencia del Condado cualquier información relacionada con edad, residencia, ciudadanía, empleo, solicitudes de empleo, educación y actividades de capacitación, ingresos, recursos y cualquier otra información adicional relacionada con elegibilidad de asistencia social para mi y para las personas para las cuales yo recibo pagos de asistencia social. Entiendo que la información obtenida se utilizará únicamente para los fines directamente relacionados con la elegibilidad de individuos en el caso de asistencia social.

_____ FIRMA _____ FECHA _____

_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE QUE SOLICITA EN NOMBRE DEL CLIENTE _____ RELACIÓN LEGAL DEL REPRESENTANTE CON LA PERSONA _____ FECHA _____

ORIGINAL CASE RECORD FILE

RECORD COPY FORM RETENTION PERIOD: ACTIVE CASE - RETAIN UNTIL NEW FORM IS SIGNED.
 CLOSED CASE - RETAIN 4 YEARS FROM MONTH OF CASE CLOSURE

