

Наименование и адрес окружного отделения социальной помощи (county assistance office (CAO))

ИДЕНТИФИКАТОРЫ ДЕЛА				
CO	НОМЕР ЗАПИСИ	CAT	CSLD	DIST
НАЗВАНИЕ ЗАПИСИ				ДАТА

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

ФИО	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
АДРЕС	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Настоящим я даю разрешение и прошу раскрыть окружному отделению социальной помощи (county assistance office (CAO)) любую информацию о возрасте, месте постоянного проживания, гражданстве, трудоустройстве, заявлениях на получение должности, образовании и учебной подготовке, доходах, ресурсах, а также другую информацию, необходимую для определения моего права на получение государственной помощи и/или права на получение помощи в пользу тех лиц, в интересах которых мне выплачиваются государственные пособия. Подразумевается, что предоставленная информация будет использована исключительно для целей, непосредственно связанных с определением права лиц на получение государственной помощи.

подпись

ДАТА

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ ОТ ИМЕНИ КЛИЕНТА(ОВ)

ПРАВООТНОШЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ К КЛИЕНТУ(АМ)

ДАТА

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

