县救助办事处名称和地址

案件标识				
县	记录编号	分类	承办案件数	区域
记录名称				日期

信息发布授权

姓名	社会保障号码
地址	邮政编码

本人特此授权并请求向县办事处披露有关年龄、住所、公民身份、就业情况、就业申请、教育和培训活动、收入、资源等任何信息，以及关系到我本人和/或我代为申请公共救助补助的个人是否有资格获取公共救助的其他任何信息。 本人理解，获取的信息将仅用于与个人在公共救助案件中的资格直接相关的目的。

签名 _____ 日期 _____

代表委托人进行申请的代理人签名 _____ 代理人与委托人的法律关系 _____ 日期 _____

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

pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES