

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

