



CONDADO DE MARIN
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES, SUBDIVISIÓN DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN
PROGRAMA DE AYUDA GENERAL

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ autorizo por medio de la presente a la División de Servicios Sociales para que intercambie información contenida en el expediente de mi caso con las siguientes personas y organismos:

	Tribunal de Drogas del Condado de Marin		Homeward Bound of Marin
	Centro de Desintoxicación Helen Vine		Autoridad de Vivienda de Marin
	Center Point		Servicios de Marin para Hombres
	Recursos Comunitarios del Área de la Bahía		Clínicas Comunitarias de Marin
	Programas Buckelew		Centro para la Paz Doméstica
	Canal Alliance		Servicios Comunitarios de North Marin
	CareerPoint MARIN		Oficial de libertad condicional/libertad bajo palabra
	Acción Comunitaria de Marin		Ritter Center
	Centro de Tratamiento de Marin		RotaCare
	Asociación Ecuménica para la Vivienda		Administración del Seguro Social
	Administración de Veteranos		Departamento de Rehabilitación Estatal
	Otro: _____	Teléfono: _____	

El intercambio de información se usará para ayudar a:

- Determinar y verificar mi elegibilidad para Ayuda General.
- Realizar remisiones a organizaciones basadas en la comunidad.
- Autorizar a un Representante.

Esta divulgación es válida por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que la revoque por escrito.

Firma:		Fecha:	
Dirección:		Ciudad, Código Postal:	

Yo, _____ ME NIEGO a autorizar a la División de Servicios Sociales a intercambiar información contenida en el expediente de mi caso.

Firma:		Fecha:	
Dirección:		Ciudad, Código Postal:	

LAS AYUDAS Y LOS SERVICIOS AUXILIARES ESTÁN DISPONIBLES PREVIA SOLICITUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES.

120 N. REDWOOD DRIVE, P.O. BOX 4160, SAN RAFAEL, CA 94913

TELÉFONO (415) 473-3450 • FAX (415) 473-3555 • TLF. PARA SORDOMUDOS (TTY) (415) 473-3344

AUTORIZACIÓN DE AG PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL GR3 REV 8.25.20