



Daniel Lurie, Mayor

Trent Rhorer, Executive Director, SFHSA, Department of Benefits and Family Support

Kelly Dearman, Executive Director, Department of Disability and Aging Services

社會服務局 (HSA) 資訊發布授權書

本人，_____，出生日期_____，
特此授權 **社會服務局 (Human Services Agency, HSA)** 將本人的資訊發布給**無家可歸者及支援住房部 (Homelessness and Supportive Housing, HSH) 及 HSH 附屬機構**，以用於以下目的：

- 快速核實本人的收入與福利狀況，以協助本人完成庇護所和/或住房及相關服務的評估；
- 協助本人獲得和/或持續享有 HSA 援助、福利與服務，以便本人符合住房服務資格。

本人理解所發布的資訊可能包含以下內容：

- 公共援助現金補助、福利及服務資訊
- Medi-Cal 加州醫療補助資格數據系統信息（包括 Medi-Cal 加州醫療補助狀況、社會安全資訊、移民身分、就業及其他州和聯邦資訊）
- 證明文件（包括身分證明、出生證明、社會安全號碼、公民身分證明、子女扶養費資訊）
- 薪資及其他收入資訊
- 就業能力狀況資訊（包括健康及殘疾資訊）
- 家庭支出資訊
- 為更快獲得庇護所和/或住房服務所需的其他資訊

本人的權利

本人明白我擁有以下的權利：

- 拒絕簽署本授權書。如果本人拒絕簽署本授權書，本人可獲得的服務範圍可能會受限。
- 獲取本授權書的副本。
- 撤消本授權書。本人理解，如需撤消本授權書，本人必須將已簽署的書面撤消申請寄送至以下地址：HSA #S200, P. O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988。本人的撤消申請將在 HSA 收到後生效，且不適用於此前已共享的任何資訊。
- 檢查本人的 HSA 個案紀錄，以致電(415) 503-4889 與 HSA 紀錄管理員聯絡。

簽署本授權書即表示本人確認在簽署前已閱讀（或已由他人向本人宣讀）本授權書的全部內容。

本授權書自簽署之日起有效期為一年，或直至 HSA 收到本人的書面撤消申請為止。

_____ 申請人或授權代表簽名

_____ 日期

_____ 授權代表 (Authorized Representative, AR) 姓名（如適用）

_____ AR 授權代表與申請人的關係

