



Daniel Lurie, Mayor

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

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

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ SFHSA

Я, _____, data рождения _____, настоящим даю разрешение **Управлению социального обеспечения (Human Services Agency, HSA)** передавать информацию обо мне в **Департамент по вопросам бездомности и вспомогательного жилья (Homelessness and Supportive Housing, HSH)** и агентства-филиалы HSH в указанных ниже целях:

- ускоренная проверка моих доходов и льгот, оказание мне помощи в прохождении оценки для получения приюта и (или) жилья и услуг;
- оказание мне помощи в получении и (или) сохранении поддержки, льгот и услуг HSA, чтобы у меня была возможность претендовать на жилищные услуги.

Я понимаю, что информация, подлежащая раскрытию, может включать следующее:

- информацию о государственной поддержке в виде денежной помощи, пособий и услуг;
- информацию из системы данных о соответствии требованиям программы Medi-Cal (в том числе статус Medi-Cal, информацию о социальном обеспечении, иммиграции, занятости и другую государственную и федеральную информацию);
- документы (включая удостоверение личности, свидетельство о рождении, номер социального страхования, подтверждение гражданства, информацию о выплате алиментов);
- информацию о заработной плате и других доходах;
- информацию о статусе трудоустройства (включая сведения о здоровье и инвалидности);
- информацию о расходах домохозяйства;
- если необходимо, дополнительную информацию, позволяющую быстрее получить приют и (или) жилищные услуги.

МОИ ПРАВА

Я понимаю, что у меня есть следующие права:

- право отказаться подписывать данное разрешение. Отказ от подписания может ограничить услуги, которые я смогу получать;
- право на получение копии данного разрешения;
- право отменить это разрешение. Чтобы отменить это разрешение, мне необходимо отправить свой подписанный письменный запрос на отмену по адресу: HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988. Мое уведомление об отмене вступит в силу после того, как его получит HSA, но оно не будет распространяться на информацию, которая уже была предоставлена;
- право проверить материалы моего дела, хранящиеся в HSA, позвонив в отдел хранения материалов (Custodian of Records) HSA по номеру (415) 503-4889.

Подписывая это разрешение, я подтверждаю, что перед подписанием данная форма была мной прочитана (или была мне зачитана).

Это разрешение действительно в течение одного года с даты его подписания или до момента, когда HSA получит мой письменный запрос об отмене разрешения.

Подпись клиента или его уполномоченного представителя

Дата

Полное имя уполномоченного представителя
(Authorized Representative, AR), если необходимо

Кем AR приходится клиенту

(HSA → HSH: 2025-11)

