



Daniel Lurie, Mayor

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

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

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA HSA

Yo, \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a la **Human Services Agency (HSA)** a divulgar información sobre mí al **Departamento de Personas sin Hogar y Vivienda de Apoyo (Homelessness and Supportive Housing, HSH)** y a las agencias afiliadas a HSH para los siguientes fines:

- Para verificar mis ingresos y beneficios más rápido, a fin de ayudarme a que me evalúen para determinar si soy elegible para los servicios de alojamiento o vivienda;
- Para ayudarme a obtener o conservar la asistencia, los beneficios y los servicios de la HSA a fin de poder calificar para los servicios de vivienda.

Entiendo que la información que se va a divulgar puede incluir lo siguiente:

- Información sobre ayuda económica recibida por medio de programas de asistencia pública, beneficios y servicios;
- Información del Sistema de Datos de Elegibilidad de Medi-Cal (incluida mi situación en cuanto a Medi-Cal, el Seguro Social, migratoria, de empleo y otra información estatal y federal);
- Documentos (como mi identificación, acta de nacimiento, número de seguro social, verificación de ciudadanía, información sobre la manutención infantil);
- Información sobre mi salario y otros ingresos;
- Información sobre mi estado de empleabilidad (incluida información de salud y sobre discapacidades);
- Información sobre gastos del hogar;
- Otra información, según sea necesario, para ayudarme a obtener servicios de alojamiento o vivienda más rápido.

### MIS DERECHOS

Entiendo que tengo derecho a:

- Negarme a firmar esta Autorización. Si me niego a firmar, esto puede limitar los servicios que pueda recibir.
- Recibir una copia de la Autorización.
- Cancelar esta Autorización. Para cancelar esta Autorización, entiendo que debo enviar mi solicitud de cancelación firmada y por escrito a: HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988. Mi cancelación entrará en vigor cuando la reciba la HSA y no se aplicará a ninguna información que ya se haya compartido.
- Revisar mis registros de casos de la HSA comunicándome con el custodio de registros de la HSA al (415) 503-4889.

Al firmar esta Autorización, reconozco que leí (o me leyeron) este formulario antes de firmarlo.

Esta Autorización es válida durante un año a partir de la fecha en la que se firme o hasta que la HSA reciba mi cancelación por escrito.

---

Firma del cliente o del representante autorizado

---

Fecha

---

Nombre del representante autorizado  
(Authorized Representative, AR), si corresponde

---

Relación del AR con el cliente

