



SAN FRANCISCO HUMAN SERVICES AGENCY

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

(HSA → HSH: 2025-11)

