



Daniel Lurie, Mayor

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

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

PAHINTULOT PARA SA PAG-RELEASE NG IMPORMASYON NG HSA

Ako si, _____, isinilang noong _____,

At sa pamamagitan nito, pinapahintulutan ko ang **Ahensya ng Mga Serbisyong Pantao (Human Services Agency, HSA)** na i-release ang aking impormasyon sa **Departamento para sa Kawalan ng Tirahan at Pansuportang Matitirhan (Homelessness and Supportive Housing, HSH)** at sa mga ahensyang nauugnay sa HSH para sa mga sumusunod na layunin:

- Para mas mabilis na makumpirma ang aking kita at mga benepisyo, para matulungan akong matasa para sa matitirhan, mga serbisyo;
- Para tulungan akong matanggap at/o mapanatili ang tulong, mga benepisyo, at serbisyo ng HSA para magkwalipika ako para sa mga serbisyo sa matitirhan.

Nauunawaan kong puwedeng kasama ang mga sumusunod sa ire-release na impormasyon:

- Pampublikong cash na tulong, mga benepisyo, at impormasyon tungkol sa serbisyo
- Impormasyon ng System ng Data para sa Pagiging Kwalipikado sa Medi-Cal (kasama ang status sa Medi-Cal, Social Security, immigration, trabaho, at iba pang impormasyon ng estado at pederal)
- Mga dokumento (kasama ang pagkakakilanlan, certificate ng kapanganakan, numero ng social security, pagkumpirma sa pagkamamamayan, at impormasyon ng sustento sa anak)
- Sahod at impormasyon ng iba pang kita
- Impormasyon ng status sa employability (kasama ang impormasyon ng kalusugan at kapansanan)
- Impormasyon ng gastusin ng sambahayan
- Iba pang impormasyon, kung kinakailangan, para mas mabilis na makakuha ng mga serbisyo sa matitirhan

AKING MGA KARAPATAN

Nauunawaan kong may karapatan akong:

- Tumanggi na lagdaan ang Pahintulot na ito. Kung tatanggi akong lumagda, puwedeng malimitahan ang mga serbisyong puwede kong tanggapin.
- Makatanggap ng kopya ng Pahintulot.
- Kanselahin ang Pahintulot na ito. Para magawang kanselahin ang Pahintulot na ito, dapat kong ipadala ang aking nilagdaan at nakasulat na kahilingan sa pagkansela sa: HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988. Magkakabisa ang aking pagkansela sa oras na matanggap ito ng HSA, at hindi ito ilalapat sa anumang naibahagi nang impormasyon.
- Siyasatin ang aking mga talaan ng kaso sa HSA sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Custodian ng Mga Talaan ng HSA sa (415) 503-4889.

Sa paglagda sa Pahintulot na ito, kinikilala kong binasa ko (o binasa sa akin) ang form na ito bago ako lumagda. May bisa ang Pahintulot na ito sa loob ng isang taon mula sa petsa ng paglagda sa Pahintulot na ito o hanggang sa matanggap ng HSA ang aking nakasulat na pagkansela.

Lagda ng Kliyente o Awtorisadong Kinatawan

Petsa

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan
(Authorized Representative, AR), kung naaangkop

Kaugnayan ng AR sa Kliyente

