



Daniel Lurie, Mayor

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

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

GIẤY CHO PHÉP HSA TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi là _____, sinh ngày _____,

Sau đây cho phép cho **Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh (Human Services Agency, HSA)** tiết lộ thông tin của tôi cho **Sở Quản Lý Tình Trạng Vô Gia Cư và Hỗ Trợ Nhà Ở (Homelessness and Supportive Housing, HSH)** và các cơ quan liên kết với HSH cho các mục đích sau:

- Để xác minh thu nhập và phúc lợi của tôi nhanh hơn, để giúp tôi được đánh giá về nhu cầu nơi trú ẩn và/hoặc nhà ở, các dịch vụ;
- Để giúp tôi nhận và/hoặc duy trì các hỗ trợ, phúc lợi và dịch vụ của HSA để tôi có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ nhà ở.

Tôi hiểu rằng các thông tin được tiết lộ có thể bao gồm:

- Thông tin về trợ cấp tiền mặt, phúc lợi và dịch vụ hỗ trợ công cộng
- Thông tin trong Hệ Thống Dữ Liệu Điều Khiển Tham Gia Medi-Cal (bao gồm tình trạng tham gia Medi-Cal, An Sinh Xã Hội, di trú, việc làm và các thông tin khác của tiểu bang và liên bang)
- Hồ sơ (bao gồm Giấy Tờ Tù Thân, giấy khai sinh, sổ an sinh xã hội, xác minh quốc tịch, thông tin về tiền trợ cấp nuôi con)
- Thông tin về tiền lương và thu nhập khác
- Thông tin về khả năng làm việc (bao gồm thông tin về sức khỏe và tình trạng khuyết tật)
- Thông tin về chi phí sinh hoạt của hộ gia đình
- Các thông tin khác, nếu cần, để giúp tôi nhận dịch vụ nơi trú ẩn và/hoặc nhà ở nhanh hơn

QUYỀN CỦA TÔI

Tôi hiểu rằng tôi có quyền:

- Từ chối ký vào Giấy Cho Phép này. Nếu tôi từ chối ký giấy này, điều đó có thể giới hạn các dịch vụ mà tôi có thể nhận được.
- Nhận bản sao của Giấy Cho Phép này.
- Hủy bỏ Giấy Cho Phép này. Để hủy bỏ Giấy Cho Phép này, tôi hiểu rằng tôi phải gửi văn bản yêu cầu hủy bỏ có chữ ký của tôi tới: HSA #S200, P.O. Box 7988, San Francisco, CA 94120-7988. Yêu cầu hủy bỏ của tôi sẽ có hiệu lực khi HSA nhận được yêu cầu và sẽ không áp dụng cho bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.
- Kiểm tra hồ sơ HSA của tôi bằng cách liên hệ với Người Quản Lý Hồ Sơ HSA theo số (415) 503-4889.

Khi ký vào Giấy Cho Phép này, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc mẫu đơn này (hoặc mẫu đơn này đã được đọc cho tôi nghe) trước khi ký.

Giấy Cho Phép này có hiệu lực trong một năm kể từ ngày ký hoặc cho đến khi HSA nhận được văn bản hủy bỏ của tôi.

Chữ Ký của Khách Hàng hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền
(Authorized Representative, AR), nếu có

Mối Quan Hệ của AR với Khách Hàng

