

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Al completar este formulario se autoriza revelar la información descrita en la sección "Descripción específica de registros autorizados para revelar". La persona (individuo del registro) cuyo registro se revelará puede tener derecho a inspeccionar, y después de pagar los gastos pertinentes, a obtener una copia de los registros revelados. Excepto en el caso de registros de medicamentos y tratamiento somático, el director o el encargado de una institución de tratamiento de enfermedad mental, incapacidad del desarrollo, abuso de alcohol o drogas, puede negar, en algunas circunstancias, ese derecho durante el período del tratamiento. Section 51.30, Wis. Stats., DHS 92.03-92.06 Wis. Adm. Code.

Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro) (niño/a)		
Nombre	Número de identificación (si tiene)	Fecha de Nacimiento
Dirección (Dirección, Ciudad, Estado, Código)		

Agencia / Organización autorizada a revelar información

Nombre y dirección DANE COUNTY HUMAN SERVICES
Dirección (Dirección, Ciudad, Estado, Código) 1819 Aberg Ave, Madison, WI 53704

La información se puede revelar a:

Nombre	Organización Dane County Parent Council-Reach Dane
Dirección (Dirección, Ciudad, Estado, Código) 2096 Red Arrow Trl, Fitchburg, WI 53711	

Descripción específica de registros autorizados para revelar (Incluya las fechas de los registros si es pertinente)

Todos los registros son pertinentes para los participantes del programa Reach Dane. La información que se puede compartir entre las agencias es:

1. Estado del caso
2. Actividad aprobada para padres o cuidador
3. Información que ayudaría al padre/cuidador a obtener los beneficios de Wisconsin Share.
4. Cualquier otra información pertinente que pueda ayudar a acelerar la elegibilidad para Wisconsin Shares: explíquela en detalle.
5. Horario de trabajo
6. Información relevante al beneficio actual de FoodShare.

Propósito o necesidad de revelar la información (Especifique)

El propósito de esta autorización para revelar información es la coordinación de beneficios entre los clientes que están inscritos en el programa Reach Dane y la agency de Wisconsin Shares.

La política de Wisconsin Shares nos impide revelar el número de la tarjeta EBT de Wisconsin Shares, el monto real del subsidio y las horas aprobadas

Acuerdo

Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios, excepto para:

- Sin excepciones
 Excepciones (especifique):

La información que yo autorizo revelar puede también revelarla quien recibe los registros sólo si lo permite la ley. Si la información se revela nuevamente, la persona que recibe la información revelada puede ser controlada por leyes diferentes.

Yo puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto en el caso de información ya revelada como resultado de esta autorización. La revocación escrita debe darse a la agencia /organización que yo autorice revele la información.

Excepto si es revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada abajo.

Marque un casillero:

- Autorización vence el _____ (Fecha).
- Autorización vence 12 meses de la fecha en que firmo esta autorización.
- Autorización vence después de tomarse la siguiente medida (Especifique):

Como lo indico con mi firma, por la presente autorizo a que se revelen los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas arriba.

Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro)

Firma	Fecha Firma
-------	-------------

Otra persona legalmente autorizada a dar consentimiento para revelar la información.

Firma	Fecha Firma
-------	-------------

Titlulo o relación con el individuo nombrado en el Registro
