



Departamento de Asistencia Transicional
Formulario de Autorización para compartir información (PSI)

Las organizaciones deben archivar los formularios PSI firmados y ponerlos a disposición del DTA si son solicitados.

Sección 1: Cliente o solicitante del DTA

Form fields for client information: Nombre del cliente o solicitante, ID de la agencia de DTA o cuatro últimos dígitos del SSN, Fecha de nacimiento

Sección 2: Información a ser compartida (marque una o ambas)

Authorization checkboxes and text: Autorizo al DTA a compartir información sobre mis beneficios TAFDC, EAEDC y/o de mi caso de SNAP... Al firmar a continuación, también autorizo al DTA a obtener expedientes sobre mi situación laboral...

Sección 3: Asociado de extensión comunitaria de SNAP/Proveedor de Camino al Trabajo de SNAP

Form fields for community extension partner: Nombre de la organización, Número de teléfono, Dirección de la organización, ID de la organización

Sección 4: Derecho a cambiar de opinión

Usted puede cambiar de opinión y suspender la divulgación de esta información. Para cancelarla, usted debe:
• Llamar al 1-877-382-2363 durante los horarios de atención normales y hablar con un Representante del DTA; o
• enviar una solicitud por escrito a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780 o por fax al (617) 887-8765

Sección 5: Firma

Signature and date fields: Entiendo que, al firmar a continuación, autorizo al DTA y a la organización indicada en la Sección 3 a compartir información sobre mi caso. Firma del cliente o solicitante, Fecha

Este formulario es válido por dos años desde la fecha de la firma del cliente o solicitante, a menos que sea revocado (consultar la Sección 4).

This institution is an equal opportunity provider.
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.