



\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social de Jefe Unidad Familiar

## AUTORIZACIÓN PARA REQUERIR U OFRECER INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, Seguro Social  
Número \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_  
(Dirección Residencial)  
\_\_\_\_\_ solicitante o participante del (los) servicio (s)  
de \_\_\_\_\_ del Departamento de la Familia:  
(Servicio (s) que recibe o solicita)

[ ] Autorizo a verificar información necesaria para determinar elegibilidad de mi unidad familiar.

Además, faculto a patronos, bancos u otras instituciones de ahorros y crédito, vecinos y otras personas a ofrecer información que pueda ser utilizada con igual propósito.

[ ] Autorizo al Departamento de la Familia a ofrecer información de mi expediente que se encuentra bajo su control a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre Agencia, Entidad o Persona) Esta información será utilizada con el único y exclusivo

Propósito de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La agencia, entidad o persona que solicita no divulgará la información a otros sin consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del Solicitante o Participante

\_\_\_\_\_  
Firma Tutor, Representanta o Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha