



组织必须将经签名的 PSI 表存档，并应要求向 DTA 提供此表。

第 1 部分：DTA 案主或申请人

案主/申请人姓名

DTA 机构 ID (如已知) 或社会安全号码的后四位数字

出生日期 (MM/DD/YYYY)

第 2 部分：要共享的信息 (勾选一项或两项)

- 本人允许 DTA 和第 3 部分中指定的 SNAP 外联合作组织共享有关本人 DTA 补助金的信息，包括本人的 TAFDC、EAEDC 和/或 SNAP 案例以及可能影响本人补助金的可统计费用。
- 本人允许第 3 部分中指定的 DTA 及 DTA 工作途径计划提供者 (SNAP Path to Work、TAFDC Pathways to Work 和/或 Secure Jobs 提供者) 共享有关本人 DTA 补助金的信息 (包括 TAFDC、EAEDC 和/或 SNAP 案例)，以判定本人是否有资格参加 DTA 工作途径计划。本人亦允许共享有关本人参与该项计划及进展的信息。

在下方签名，即表示本人亦准许 DTA 从其他州立机构、联邦机构和其他工作证明来源获取有关本人就业情况的记录。

第 3 部分：SNAP 外联合作组织/DTA Pathways to Work 提供商

组织名称

组织电话号码

组织地址

组织 ID

第 4 部分：改变想法的权利：

您可以改变想法，不再共享此类信息。要停止共享信息，您必须：

- 在正常工作时间致电 877-382-2363 联系 DTA 代表；或
- 签署书面请求并：
 - 发送至 DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780, 或
 - 传真至 (617) 887-8765, 或
 - 通过 DTA Connect 应用程序上传, 或
 - 亲自带往当地 DTA 办公室面呈



第 5 部分：签名

本人明白，在下方签名即表示本人授权 DTA 和第 3 部分中指定的组织共享有关本人案例的信息。

案主/申请人签名

日期

本表自申请人/案主签名之日起两年内有效，被撤销的情况除外（见第 4 部分）。

This institution is an equal opportunity provider.

We must not discriminate due to race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. If you think that we have discriminated against you, contact 617-348-8555 to find out how to file a complaint.

该机构是平等机会提供者。

我们不得因种族、肤色、原国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄或对先前民权活动的报复行为而进行歧视。如果您认为受到我方人员歧视，请致电 617-348-8555 咨询如何提出投诉。