



As organizações devem arquivar o formulário PSI assinado e disponibilizá-los ao DTA quando solicitado.

Seção 1: Cliente DTA ou Requerente

Nome do cliente/requerente

ID da agência do DTA (se souber) ou
últimos 4 números do Seguro Social

Data de nascimento MM/DD/AAAA

Seção 2: Informações a serem compartilhadas (selecione uma ou ambas as opções)

- ☐ Autorizo o DTA e a organização parceira de distribuição do SNAP mencionada na Seção 3 a compartilhar informações sobre meus benefícios do DTA, incluindo TAFDC, EAEDC e/ou caso SNAP e as despesas passíveis de serem contabilizadas que possam afetar meus benefícios.
- ☒ Autorizo o DTA e o provedor do programa DTA Pathways to Work (**provedor dos programas SNAP Path to Work, TAFDC Pathways to Work e/ou Secure Jobs**) mencionado na Seção 3 a compartilhar informações sobre meus benefícios do DTA, incluindo TAFDC, EAEDC e/ou caso SNAP para determinar minha elegibilidade aos programas DTA Pathways to Work. Também autorizo o compartilhamento de informações sobre a minha participação e meus progressos no programa.

Ao assinar abaixo, também autorizo o DTA a obter registros do meu status empregatício de outros órgãos estatais, federais e de outras fontes de verificação de emprego.

Seção 3: Parceiro de distribuição do SNAP/ Provedor do programa DTA Pathways to Work

Jewish Vocational Services (JVS)

(617) 399-3131

Nome da organização

Telefone da organização

75 Federal Street, Boston, MA 02110

208

Endereço da Organização

ID da Organização

Por MassHire Career Center

Seção 4: Direito de mudar de ideia:

Você tem o direito de mudar de ideia e interromper o compartilhamento dessas informações. Para fazer isso, você deve:

- ligar para 877-382-2363 durante o horário comercial para falar com um representante do DTA; ou
- escrever e assinar uma carta de solicitação e:
 - enviar pelo correio para DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780, ou
 - via fax para (617) 887-8765, ou
 - fazer o upload no aplicativo DTA Connect; ou
 - trazer pessoalmente ao escritório do DTA local



Seção 5: Assinatura

Estou ciente que, ao assinar o campo abaixo, autorizo o DTA e a organização mencionada na Seção 3 a compartilhar informações sobre o meu caso.

Assinatura do cliente/Requerente

Data

Este formulário é **válido por dois anos** contado a partir da data da assinatura do cliente/requerente, a menos que tenha sido revogada (consulte a Seção 4).

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.

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.

Não discriminamos por motivo de raça, cor, nacionalidade, sexo (inclusive identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade ou por represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas a direitos civis. Se acredita ter sofrido qualquer tipo de discriminação, entre em contato pelo telefone 617-348-8555 para saber como registrar uma reclamação.