



Организации должны хранить подписанную форму PSI в архиве и предоставлять ее DTA по запросу.

Раздел 1: Клиент или податель заявления DTA

Имя и фамилия клиента/подателя заявления

Идентификационный номер агентства DTA
(если известен) или последние четыре цифры
номера социального обеспечения (SSN)

Дата рождения ММ/ДД/ГГГГ

Раздел 2: Информация для предоставления (отметьте один или оба варианта)

- Я разрешаю DTA и партнерской организации SNAP Outreach, указанной в Разделе 3, предоставлять информацию о моих льготах DTA, включая мое дело в рамках TAFDC, EAEDC и/или SNAP, а также об учитываемых расходах, которая может повлиять на мои льготы.
- Я разрешаю DTA и поставщику DTA Pathways to Work (**поставщик SNAP Path to Work, TAFDC Pathways to Work и/или Secure Jobs**), указанному в Разделе 3, предоставлять информацию о моих льготах DTA, включая дело в рамках TAFDC, EAEDC и/или SNAP, для определения моего соответствия требованиям программы DTA Pathways to Work. Я также разрешаю предоставлять информацию о моем участии и прогрессе в программе.

Подписываясь ниже, я также даю разрешение DTA получать записи о моем статусе трудовой занятости из других государственных агентств, федеральных агентств и из других источников проверки трудовой занятости.

Раздел 3: Поставщик SNAP Outreach Partner/DTA Pathways to Work

Jewish Vocational Services (JVS)

(617) 399-3131

Название организации

Номер телефона организации

75 Federal Street, Boston, MA 02110

208

Адрес организации

Идентификационный номер организации

Через MassHire Career Center

Раздел 4: Право передумать:

Вы можете передумать и прекратить предоставлять эту информацию. Чтобы прекратить предоставление информации, Вы должны:

- позвонить по номеру 877-382-2363 в рабочее время и поговорить с представителем DTA; или
- подписать письменный запрос и:
 - отправить по адресу DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780, или
 - отправить по факсу на номер (617) 887-8765, или
 - загрузить его через приложение DTA Connect, или
 - принести его в местный офис DTA



Раздел 5: Подпись

Я понимаю, что, подписываясь ниже, я даю разрешение DTA и организации, указанной в Разделе 3, предоставлять информацию по моему делу.

Подпись клиента/подателя апелляции

Дата

Данная форма **действительна в течение двух лет** с даты подписания подателем заявления/клиентом, если она не будет отозвана (см. Раздел 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.

Данное учреждение является поставщиком, предоставляющим равные возможности.

Мы не должны допускать дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста или в качестве ответных мер или мер воздействия за предыдущую деятельность в области гражданских прав. Если Вы считаете, что мы проявили дискриминацию по отношению к Вам, обратитесь по номеру 617-348-8555, чтобы узнать, как подать жалобу.