



Las organizaciones deben mantener el formulario de Autorización para compartir información (PSI, por sus siglas en inglés) firmado en sus archivos y disponible para el Departamento de Asistencia Transicional (DTA, por sus siglas en inglés) cuando este lo solicite.

Sección 1: Cliente o solicitante ante el DTA

Nombre del cliente/solicitante

Identificación de la agencia del DTA (si se conoce)
o los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social
(SSN, por sus siglas en inglés)

Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA

Sección 2: Información a compartir (marque una o ambas opciones)

- Permito que el DTA y la organización aliada de difusión del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) mencionada en la Sección 3 compartan información sobre mis beneficios del DTA, incluso en el caso de Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes (TAFDC), Asistencia de emergencia para ancianos, discapacitados y niños (EAEDC) y/o SNAP y los gastos contables que pueden repercutir en mis beneficios.
- Permito que el DTA y el proveedor de Pathways to Work del DTA (**SNAP Path to Work, TAFDC Pathways to Work y/o Secure Jobs**) mencionado en la Sección 3 comparta información sobre mis beneficios del DTA, incluso el caso de TAFDC, EAEDC y/o SNAP para determinar mi elegibilidad para los programas de Pathways to Work del DTA. También permito que se comparta información sobre mi participación y avance en el programa.

Al firmar a continuación, también autorizo al DTA a obtener los registros sobre mi estatus laboral de parte de las agencias estatales, de las agencias federales y de otras fuentes de verificación de empleo.

Sección 3: Aliado de difusión del SNAP/Proveedor de DTA Pathways to Work

Jewish Vocational Services (JVS)

(617) 399-3131

Nombre de la organización

Número de teléfono de la organización

75 Federal Street, Boston, MA 02110

208

Dirección de la organización

Identificación de la organización

A través de MassHire Career Center

Sección 4: Tiene derecho a cambiar de opinión:

Puede cambiar de opinión y detener el intercambio de esta información. Para hacerlo, debe:

- llamar al 877-382-2363 dentro del horario de atención regular y hablar con un representante del DTA; o
- firmar una solicitud por escrito y:
 - enviarla a DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780; o
 - enviarla por fax al (617) 887-8765; o
 - cargarla mediante la aplicación DTA Connect, o
 - llevarla a la oficina local del DTA



Sección 5: Firma

Comprendo que al firmar a continuación, estoy autorizando al DTA y a la organización mencionada en la Sección 3 a compartir información sobre mi caso.

Firma del cliente/solicitante

Fecha

Este formulario es **válido por dos años** a partir de la fecha de firma del solicitante/cliente, a menos que se revoque (véase la Sección 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 institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

No debemos discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), discapacidad o edad, ni tomar represalias por actividades previas en defensa de los derechos civiles. Si cree que lo/la hemos discriminado, llame al 617-348-8555 para averiguar cómo presentar una queja.