



各組織必須將簽好的 PSI 表格存檔，且如被要求提供該表格，就必須把表格給 DTA。

第 1 部分：DTA 客戶或申請人

客戶/申請人姓名

DTA Agency 證件號（如果知道）或社會安全號最後四位數 生日 月/月/日日/年年年年

第 2 部分：將分享的資訊（請勾選一個或兩個都選）

- ☐ 我允許 DTA 以及第 3 部分中指明的 SNAP Outreach 外展活動合作組織分享關於我的 DTA 福利的相關資訊，包括我的 TAFDC、EAEDC 及/或 SNAP 個案及可能會影響到我的福利的可計入開支。
- ☐ 我允許 DTA 以及第 3 部分中指明的 DTA Pathways to Work 提供者（**SNAP Path to Work、TAFDC Pathways to Work 及/或 Secure Jobs 提供者**）分享關於我的 DTA 福利的相關資訊，包括 TAFDC、EAEDC 及/或 SNAP 個案，以便確定我是否符合 DTA Pathways to Work 各計劃的資格。我還允許分享有關我參與該計劃和取得的進展的相關資訊。

我在下面簽名，即是表示我還允許 DTA 從其他州府機構、聯邦機構和其他就業驗證來源獲取關於我的就業狀況的記錄。

第 3 部分：SNAP Outreach 外展活動合作組織/DTA Pathways to Work 提供者

組織名稱

組織的電話號碼

組織的地址

組織 ID 號

第 4 部分：您有權改變想法：

您可以改變想法並停止分享這些資訊。如要停止分享資訊，您必須：

- 在正常工作時間內撥打 877-382-2363 與 DTA 代表交談；或
- 在一份書面請求上簽名，並：
 - 將此文件寄給 DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780，或
 - 傳真到 (617) 887-8765，或
 - 透過 DTA Connect 應用程式上傳，或
 - 把這份文件帶到您當地的 DTA 辦事處



第 5 部分：簽名

我在下面簽名，即是表示我允許 DTA 以及在第 3 部分中指明的組織分享關於我的個案的相關資訊。

客戶/申請人簽名

日期

除非被撤銷（見第 4 節），否則此表格自申請人/客戶簽名日起兩年內有效。

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

該機構是平等機會提供者。

我們不得因種族、膚色、原國籍、性別（包括性別認同和性取向）、殘疾、年齡或對先前民權活動的報復行為而進行歧視。如果您認為受到我方人員歧視，請致電 617-348-8555 諮詢如何提出投訴。