



Departamento de Asistencia Transicional
Formulario de Autorización para compartir información (PSI)

Las organizaciones deben archivar los formularios PSI firmados y ponerlos a disposición del DTA si son solicitados.

Sección 1: Cliente o solicitante del DTA	
<p>_____ Nombre del cliente o solicitante</p> <p>_____ ID de la agencia de DTA o cuatro últimos dígitos del SSN</p> <p style="text-align: right;">_____ Fecha de nacimiento</p>	
Sección 2: Información a ser compartida (marque una o ambas)	
<p><input type="checkbox"/> Autorizo al DTA a compartir información sobre mis beneficios TAFDC, EAEDC y/o de mi caso de SNAP con la organización de Asociado de extensión comunitaria de SNAP indicada en la Sección 3.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo al DTA y al Proveedor de SNAP Path to Work (Camino al Trabajo de SNAP) indicado en la Sección 3 a compartir la información sobre mis beneficios TAFDC, EAEDC y/o mi caso de SNAP para determinar mi elegibilidad al programa Camino al Trabajo de SNAP y a compartir información sobre mi participación y mi desempeño en el programa Camino al Trabajo de SNAP.</p> <p>Al firmar a continuación, también autorizo al DTA a obtener expedientes sobre mi situación laboral de otras agencias estatales, de agencias federales y de Equifax WorkforceSolutions.</p>	
Sección 3: Asociado de extensión comunitaria de SNAP/Proveedor de Camino al Trabajo de SNAP	
<p>_____ Nombre de la organización</p> <p style="text-align: right;">_____ Número de teléfono</p> <p>_____ Dirección de la organización</p> <p>_____ ID de la organización</p>	
Sección 4: Derecho a cambiar de opinión	
<p>Usted puede cambiar de opinión y suspender la divulgación de esta información. Para cancelarla, usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • llamar al 1-877-382-2363 durante los horarios de atención normales y hablar con un Representante del DTA; o • enviar una solicitud por escrito a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780 o por fax al (617) 887-8765 	
Sección 5: Firma	
<p>Entiendo que, al firmar a continuación, autorizo al DTA y a la organización indicada en la Sección 3 a compartir información sobre mi caso.</p> <p>_____ Firma del cliente o solicitante</p> <p style="text-align: right;">_____ Fecha</p>	

Este formulario es **válido por dos años** desde la fecha de la firma del cliente o solicitante, a menos que sea revocado (consultar la Sección 4).

This institution is an equal opportunity provider.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.