

- Por correo: DTA Document Processing Center,
P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- En persona en su oficina local del DTA.

Consentimiento voluntario para divulgar información

Sección 1: Cliente o solicitante del DTA	
_____ Nombre del cliente o solicitante	
_____ ID de la agencia de DTA o cuatro últimos dígitos del SSN	_____ Fecha de nacimiento
Sección 2: Información a ser compartida	
Autorizo al DTA a compartir o recibir información confidencial pertinente acerca de mis casos de asistencia pública con la persona u organización nombrada en la Sección 3.	
Sección 3: Persona u organización que recibirá la información	
_____ Nombre de la persona u organización	_____ Número de teléfono
_____ Dirección de la persona u organización	
Sección 4: Derecho a revocación	
Usted puede cambiar de opinión y suspender la divulgación de esta información. Para suspenderla, usted debe: • llamar al 1-877-382-2363 durante los horarios de atención normales y hablar con un Representante del DTA; o • escribir al DTA. Envíe su solicitud a la dirección postal o al número de fax indicados a continuación.	
Sección 5: Firma	
Entiendo que, al firmar a continuación, estoy autorizando al DTA a compartir o recibir mi información confidencial pertinente.	
_____ Firma del cliente o solicitante	_____ Fecha

Este Consentimiento voluntario para divulgar información es **válido por un año** desde la fecha de la firma del cliente o solicitante, a no ser que sea revocado (consultar la Sección 4).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.