Envíe este formulario al DTA

• 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.

***Commonwealth of Massachusetts***

***Departamento de Asistencia Transicional   
de Massachusetts***

**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.