



Departamento de Asistencia Transicional  
Formulario de autorización para compartir información

Todas las organizaciones deben presentar los formularios firmados por los clientes antes del:  
Por correo electrónico a [DTA.ProviderPortal@Massmail.State.MA.US](mailto:DTA.ProviderPortal@Massmail.State.MA.US) o  
Por fax al 617-889-7849

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	
<b>Autorizo al DTA a dar o recibir información sobre mis beneficios TAFDC, EAEDC y/o mi caso de SNAP para la organización indicada en la Sección 3.</b>	
Sección 3: Organización que recibirá la información	
Nombre de la organización	Número de teléfono
Dirección de la organización	
ID de la organización para DTA Connect	
Sección 4: Derecho a cambiar de opinión	
Usted puede cambiar de opinión y suspender la divulgación de esta información. Para detenerla, usted debe: <ul style="list-style-type: none"><li>• llamar al 1-877-382-2363 durante los horarios de atención normales y hablar con un Representante del DTA; o</li><li>• enviar una solicitud por escrito a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780 o por fax al (617) 887-8765</li></ul>	
Sección 5: Firma	
Entiendo que, al firmar a continuación, estoy autorizando al DTA a dar o recibir información sobre mi caso.	
Firma del cliente o solicitante	Fecha

Este formulario es **válido por un año** 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.