



Klamath & Lake Community Action Services
 2316 S 6th St. Suite C Klamath Falls OR 97601
 (541) 882-3500 Fax (541) 882-3674
www.klcas.org

A **nuestros solicitantes:** Podemos ayudarlo mejor si podemos trabajar con otras agencias que lo conocen a usted y a su familia. Al seguirste formulario, está dando permiso para que estas organizaciones compartan información sobre su situación.

Su nombre y fecha de nacimiento:

Propósito: La información recibida se utilizará para evaluar mi situación y para planificar y coordinar servicios para mi familia para otros fines según se especifique: **KLCAS**

Autorizo a cualquiera de las siguientes personas o agencias que he rubricado a continuación a compartir e intercambiar información sobre mí o mi familia y mis circunstancias entresí para el propósito descrito anteriormente:

<p><u>TODA LA PRIMERA COLUMNA Recomendado según corresponda</u></p> <p>Inicial:</p> <p>_____ KLCAS: Prevención de personas sin hogar, apoyo familiar y conexiones, asistencia energética y beneficiario representativo.</p> <p>_____ Estado de Oregon, Departamento de Servicios Humanos: Autosuficiencia, Personas mayores y personas con discapacidades, Rehabilitación vocacional, Bienestar infantil.</p> <p>_____ Klamath/Lake: Early Childhood Intervention, Klamath Family Head Start, Healthy Families America, OCDC, distrito escolar.</p> <p>_____ Propietario</p> <p>_____ Tribales Klamath</p> <p>_____ Autoridad de Vivienda Klamath</p> <p>_____ Administración del Seguro Social</p> <p>_____ Departamento de Asuntos de Veteranos</p> <p>_____ Servicio de Impuestos Internos (IR)</p> <p>_____ Alcanzar</p> <p>_____ Mentor Oregon</p> <p>_____ Conexiones DBA SORB Servicios</p> <p>_____ Servicios para discapacidades del desarrollo</p> <p>_____ Radios</p>	<p>Inicial:</p> <p>_____ Departamento de Justicia (Manutención de los hijos)</p> <p>_____ Servicios de Asistencia Legal de Oregon</p> <p>_____ Klamath Works</p> <p>_____ OHCS</p> <p>_____ Departamento de Empleo de Oregon</p> <p>_____ Desarrollo SOCO</p> <p>_____ Centro de aprendizaje para adultos Klamath</p> <p>_____ Buena voluntad</p> <p>_____ WIC</p> <p>_____ Centro de Embarazo Hope</p> <p>_____ Salud tribal Klamath</p> <p>_____ Centro de Bienestar Transformaciones</p> <p>_____ Centro de Crisis del Condado de Lake</p> <p>_____ RRW</p> <p>_____ Pacientes ambulatorios de Sky Lakes</p> <p>_____ Alianza de Salud en Cascada</p> <p>_____ Tribunal de Drogas-Estado de Oregon</p> <p>_____ Klamath Basin Salud Conductual</p> <p>_____ Dragonfly Transformations</p> <p>_____ Best Care Treatment Services</p> <p>_____ Servicios comunitarios luteranos</p> <p>_____ Translink (Autobús médico)</p> <p>_____ Proveedor médico :</p> <p>_____ Proveedor dental :</p> <p>_____ Proveedor de cuidado infantil:</p> <p>_____ Otros: _____</p> <p>_____ Otros : _____</p>	<p>Inicial:</p> <p>_____ Departamento de Policía</p> <p>_____ Departamento del Sheriff del Condado</p> <p>_____ Libertad condicional y libertad condicional</p> <p>_____ Iglesia Thrive</p> <p>_____ San Vicente de Paúl</p> <p>_____ Misión evangélica</p> <p>_____ Casa de Marta</p> <p>_____ Empleador/Empleadores potenciales</p> <p>_____ Otra cosa _____:</p> <p>Inicial: Empresas de servicios públicos</p> <p>_____ Avista</p> <p>_____ Energía del Pacífico</p> <p>_____ Cable de espectro</p> <p>_____ Plato</p> <p>_____ TV directa</p> <p>_____ Carrera</p> <p>_____ US Cellular</p> <p>_____ Agua de la ciudad</p> <p>_____ Carrera</p> <p>_____ Gestión de residuos</p> <p>_____ Otros: _____</p> <p>_____ Otros: _____</p> <p>_____ Otros: _____</p> <p>_____ Otros: _____</p>
---	--	---

Este permiso es válido por 18 meses a partir de la fecha de la firma.

Puedo cancelar esto en cualquier momento; Debo hacerlo por escrito. Entiendo que la cancelación no afectará ninguna información que ya se haya publicado antes de la cancelación. Entiendo que la información sobre mi caso es confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales. Apruebo la publicación de esta información. Entiendo lo que significa este acuerdo. Estoy firmando por mi cuenta y no he sido presionado para hacerlo.

Firma del solicitante

Fecha

Tutor del _____ Padre _____ Custodio Legal

Fecha de firma de los miembros _____ del equipo de KLCAS

Para aquellos que reciben información bajo esta autorización: Las leyes estatales y federales protegen la información revelada a usted. Usted no está autorizado a divulgarlo a ninguna agencia o persona que no figure en este formulario sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, a menos que lo autoricen otras leyes.

Esta es una copia fiel del documento de autorización original _____
(Personal de la agencia) _____ Fecha _____

