



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](http://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: Asistencia para la prevención de personas sin hogar

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

\_\_\_\_\_ Tutor del \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Custodio Legal

Compañí

Fech

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

