



ZGODA RODZINY GOSZCZĄCEJ NA UJAWNIECIE INFORMACJI I PRZEPROWADZENIE KONTROLI W RAMACH PROGRAMU PATHWAY HOME

<u>Główny domownik (imię i nazwisko drukowanymi literami):</u>	<u>Numer ubezpieczenia społecznego:</u>
<u>Adres głównego domownika:</u>	

ZGODA NA DOSTĘP DO CENTRALNEGO REJESTRU STANOWEGO I KONTROLĘ DANYCH ACS

Podpisując ten formularz, dobrowolnie wyrażam zgodę, aby Urząd ds. Świadczeń dla Dzieci miasta Nowy Jork (New York City Administration for Children's Services, ACS) sprawdził moje nazwisko w Centralnym Rejestrze Molestowania i Maltretowania Dzieci stanu Nowy Jork (New York State Central Register of Child Abuse and Maltreatment, SCR). Wyrażam także zgodę, aby ACS sprawdził dane, jakie ACS posiada na mój temat i na temat moich dzieci, w tym dane dot. usług ochrony dzieci (Child Protective Services, CPS), dane dot. opieki zastępczej oraz dane dot. usług prewencyjnych i profilaktycznych. Rozumiem, że ACS przekaze informacje dot. tej kontroli i danych do Wydziału ds. Usług dla Osób Bezdomnych miasta Nowy Jork (New York City Department of Homeless Services, DHS).

DANE DOTYCZĄCE RODZINY GOSZCZĄCEJ (NALEŻY PODAĆ WSZYSTKIE NAZWISKA, POD JAKIMI JEST LUB BYŁ(A) PAN/PANI ZNANY(-NA))

	<u>Imię</u>	<u>Nazwisko</u>	<u>Relacja z głównym domownikiem</u>	<u>Płeć</u>	<u>Data urodzenia</u>
1.			Własna osoba		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

ZGODA NA UJAWNIAKIE INFORMACJI DOT. KONTROLI SCR, DANYCH ACS I POMOCY PUBLICZNEJ

W związku z udziałem w programie Pathway Home (PH) wyrażam zgodę, aby Wydział Zasobów Ludzkich miasta (New York City Human Resources Administration, HRA), ACS i DHS ujawniały informacje podane w tym formularzu:

Zgodnie z prawem federalnym i prawem stanu Nowy Jork rozumiem, że:

1. Poufność moich danych i danych moich dzieci jest chroniona zgodnie z prawem i przepisami federalnymi i/lub stanowymi.
2. Podpisanie tej zgody jest dobrowolne. Mój wniosek dot. pomocy finansowej, uprawnień lub dalszego otrzymywania świadczeń nie jest uzależniony od mojej zgody na to ujawnianie.
3. Rozumiem, że wszelkie informacje poufne ujawniane na podstawie tej zgody mogą zostać ponownie ujawnione przez odbiorców, a poufność takich informacji może nie być dłużej chroniona przez prawo federalne lub stanowe.

4. Wyrażam zgodę na ujawnienie następujących informacji:

- ☐ stanu mojej sprawy dot. pomocy finansowej, jeśli dotyczy;
- ☐ numeru mojej sprawy dot. pomocy finansowej, jeśli dotyczy;
- ☐ wysokości mojej miesięcznej pomocy finansowej i dodatku na schronisko, jeśli dotyczy;
- ☐ informacji zawarte w danych, jakie ACS posiada na mój temat i na temat moich dzieci, w tym danych dot. usług ochrony dzieci (CPS), danych dot. opieki zastępczej, danych dot. usług prewencyjnych i profilaktycznych; i
- ☐ istnienia jakichkolwiek wskazanych (tj. potwierdzonych) raportów na mój temat, dotyczących molestowania lub maltretowania dzieci oraz informacji związanych z takimi raportami.

5. Wyrażam zgodę, aby HRA, ACS i/lub DHS ujawniały powyższe informacje _____.
(wnioskodawca programu PH)

6. Mam prawo do wycofania niniejszej zgody w każdej chwili, pisząc do:

PH Rental Assistance Program
NYC Human Resources Administration
150 Greenwich Street, 36th Floor
New York, NY 10007

Rozumiem, że wycofanie tej zgody nie dotyczy następujących sytuacji: (1) podjęto już działania w oparciu o tę zgodę lub (2) informacje mają negatywny wpływ na wnioskodawcę i agencje muszą je wykorzystać do obrony odwołania złożonego przez wnioskodawcę w trybie administracyjnym oraz w ewentualnym sporze.

7. Wyrażam zgodę, aby ACS i agencje zapewniające świadczenia ACS miały dostęp do mojego domu w związku ze wszystkimi aktywnymi sprawami ACS.

8. Rozumiem, że ta zgoda utraci ważność wraz z zakończeniem udziału wyżej wymienionego wnioskodawcy programu PH w programie PH, lub kiedy wnioskodawca programu PH wyprowadzi się z mojego domu, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej, z tym, że jeśli informacje mają negatywny wpływ na wnioskodawcę i agencje muszą je wykorzystać do obrony odwołania złożonego przez wnioskodawcę w trybie administracyjnym oraz w ewentualnym sporze, utrata ważności nie nastąpi przed zakończeniem takiego odwołania i ewentualnego sporu.

Potwierdzam, że wszystkie podane wyżej informacje są dokładne i zgodne z prawdą.

Podpis głównego domownika

Data: _____

Podpis domownikay mającego ukończone osiemnaście lat

Data: _____

Podpis domownika mającego ukończone osiemnaście lat

Data: _____

Podpis domownika mającego ukończone osiemnaście lat

Data: _____