



РАЗРЕШЕНИЕ ПРИНИМАЮЩЕЙ СЕМЬИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ PATHWAY HOME НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОВЕРОК И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

<u>Основной жилец ФИО (печатными буквами):</u>	<u>Номер социального страхования:</u>
<u>Адрес основного жильца:</u>	

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ ИНФОРМАЦИИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ОРГАНЕ РЕГИСТРАЦИИ ЖЕСТОКОГО И НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ (STATE CENTRAL REGISTER, SCR) И ЗАПИСЕЙ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ ДЕТЕЙ (ADMINISTRATION FOR CHILDREN'S SERVICES, ACS)

Подписывая эту форму, я добровольно соглашаюсь на проведение ACS проверки моего имени в SCR. Я также соглашаюсь на проведение ACS проверок записей с моим именем и именем (именами) моего ребенка (детей), которые ведет ACS, в том числе записей Службы защиты детей (Child Protective Services, CPS), попечительского агентства и отделения профилактических услуг. Я понимаю, что ACS представит результаты такой проверки и информацию из записей в Департамент по делам бездомных города Нью-Йорка (New York City Department of Homeless Services, DHS).

ИНФОРМАЦИЯ О ПРИНИМАЮЩЕЙ СЕМЬЕ (ВПИШИТЕ ВСЕ ИМЕНА, ПОД КОТОРЫМИ ВЫ ИЗВЕСТНЫ СЕЙЧАС ИЛИ БЫЛИ ИЗВЕСТНЫ РАНЕЕ)

	Имя	Фамилия	Кем приходится основному жильцу	Пол	ДАТА РОЖДЕНИЯ
1.			Я сам (-а)		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ, ОТНОСЯЩЕЙСЯ К ПРОВЕРКАМ ИНФОРМАЦИИ В SCR, ЗАПИСЕЙ ACS И ИНФОРМАЦИИ О ГОСУДАРСТВЕННОМ ПОСОБИИ

В связи с моим участием в программе Pathway Home (PH) я разрешаю Управлению трудовых ресурсов города Нью-Йорка (New York City Human Resources Administration, HRA), ACS и DHS раскрывать информацию в соответствии с изложенным в настоящей форме.

Согласно федеральным законам и законам штата Нью-Йорк, я понимаю следующее:

1. Конфиденциальность записей касательно меня и моих детей охраняется федеральными законами и правилами и (или) законами и правилами штата.
2. Подписание настоящего разрешения является добровольным. Получение мной денежного пособия, право на получение или последующие выплаты пособий не обусловлены моим разрешением на такое раскрытие.
3. Я понимаю, что любая конфиденциальная информация, раскрываемая в соответствии с настоящим разрешением, может быть повторно раскрыта получателем, и конфиденциальность такой информации может более не охраняться федеральными законами или законами штата.

4. Я разрешаю раскрывать следующую информацию:

- ☐ статус моего дела о предоставлении денежного пособия, если таковое предоставляется;
- ☐ номер моего дела о предоставлении денежного пособия, если таковое предоставляется;
- ☐ размер моего ежемесячного денежного пособия на жилье, если таковое предоставляется;
- ☐ информация в записях ACS с моим именем и именем (именами) моего ребенка (детей), в том числе записи CPS, попечительского агентства и отделения профилактических услуг;
- ☐ наличие любых указанных (т. е. подтвержденных) отчетов о насилии или ненадлежащем обращении с детьми, в которых я фигурирую, и информация, относящаяся к любым таким отчетам.

5. Я разрешаю HRA, ACS и (или) DHS раскрывать вышеупомянутую информацию _____.

(ФИО лица, подавшего заявку на участие в программе РН)

6. Я имею право отозвать настоящее разрешение в любой момент, написав об этом по следующему адресу:

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

Я понимаю, что могу отозвать настоящее разрешение, за исключением следующих случаев: (1) на основании настоящего разрешения уже предприняты действия или (2) информация оказывает негативное влияние на заявителя, и учреждениям необходимо использовать информацию для защиты в ходе административного обжалования, инициированного заявителем, и любых последующих судебных разбирательств.

7. Я согласен (-на) с тем, чтобы ACS и обслуживающие учреждения ACS получили доступ в мой дом в связи со всеми текущими делами ACS.

8. Я понимаю, что настоящее разрешение утратит свою силу по окончании участия вышеуказанного заявителя в программе РН или после переезда заявителя на участие в программе РН из моего дома, в зависимости от того, что наступит ранее, за исключением тех случаев, когда информация оказывает негативное влияние на заявителя, и учреждениям необходимо использовать информацию для защиты в ходе административного обжалования, инициированного заявителем, и любых последующих судебных разбирательств; действие разрешения сохранится до окончания такого обжалования и последующих судебных разбирательств.

Я подтверждаю, что вся представленная выше информация является точной и достоверной.

 Подпись основного жильца

Дата: _____

 Подпись жильца в возрасте от восемнадцати лет

Дата: _____

 Подпись жильца в возрасте от восемнадцати лет

Дата: _____

 Подпись жильца в возрасте от восемнадцати лет

Дата: _____