

**AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA DE ACOGIDA PARA LA VERIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE PATHWAY HOME**

<b>Ocupante principal (nombre en letra de molde):</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>
<b>Dirección del ocupante principal:</b>	

**AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN CON EL REGISTRO CENTRAL DEL ESTADO Y LA REVISIÓN DE REGISTROS POR PARTE DE LA ACS**

Al firmar este formulario, expreso voluntariamente mi consentimiento para que la Administración de Servicios Infantiles (Administration for Children’s Services, ACS) de la ciudad de Nueva York realice una verificación de mi nombre con el Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York (New York State Central Register of Child Abuse and Maltreatment, SCR). Asimismo, expreso mi consentimiento para que la ACS realice una revisión de los registros que conserva con mi nombre y los nombres de mis hijos, lo que incluye registros de los servicios de protección infantil (child protective services, CPS), registros de cuidado temporal y registros de servicios preventivos. Comprendo que la ACS le proporcionará esta información de los registros y de la verificación al Departamento de Servicios para Personas sin Hogar de la ciudad de Nueva York (Department of Homeless Services, DHS).

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA DE ACOGIDA (INCLUYA TODOS LOS NOMBRES CON LOS QUE SE LOS CONOCE O SE LOS HA CONOCIDO)**

	<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Relación con el ocupante principal</b>	<b>Género</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
1.			Yo mismo		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA VERIFICACIÓN CON EL SCR, LOS REGISTROS DE LA ACS Y LA ASISTENCIA PÚBLICA**

Con respecto a mi participación en el Programa de Pathway Home (PH), autorizo a la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) de la ciudad de Nueva York, a la ACS y al DHS a divulgar información según se indica en este formulario:

De acuerdo con la ley federal y del estado de Nueva York, comprendo que:

1. La confidencialidad de mis registros y de los registros de mis hijos está protegida en virtud de las leyes y reglamentaciones federales y/o estatales.
2. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi solicitud para asistencia en efectivo, elegibilidad o continuación de recepción de beneficios no depende de mi autorización de esta divulgación.
3. Comprendo que toda información confidencial divulgada en virtud de esta autorización puede ser nuevamente divulgada por el receptor y la confidencialidad de dicha información ya no está protegida por la ley federal o estatal.
4. Autorizo la divulgación de la siguiente información:
  - el estado de mi caso de asistencia en efectivo, si hubiera;
  - el número de mi caso de asistencia en efectivo, si hubiera;
  - el monto de mi asignación para refugio de asistencia en efectivo mensual, si hubiera;
  - información incluida en los registros que la ACS conserva con mi nombre y los nombres de mis hijos, lo que incluye registros de los servicios de protección infantil (child protective services, CPS), registros de cuidado temporal, registros de servicios preventivos; y
  - la existencia de cualquier informe indicado (es decir, sustanciado) de abuso o maltrato infantil al que esté sujeto y cualquier información relacionada con dichos informes.

