Consentimiento para revelar información personal

Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Entiendo que mi decisión de firmar o no firmar este formulario NO afectará mi elegibilidad o participación en el programa de WIC, o la elegibilidad o participación en el programa de WIC de los niños de los cuales soy legalmente responsable.

Doy mi permiso al programa de WIC para revelar información personal para (enumerar el/los nombre(s) de el/los participante(s)):

_____
_____

La información puede ser revelada a la siguiente persona o agencia:

_____
_____

La información que puede ser revelada es:

_____
_____

La razón por cual la información puede ser revelada es:

_____
_____

Tambien doy mi permiso para que el programa de WIC se comunique con el/los siguiente(s) proveedor(es) de salud para obtener información que el programa de WIC pueda necesitar para certificar mi familia para los servicios de WIC o para verificar los servicios necesarios:

_____	_____	_____
(proveedor)	(teléfono)	(dirección)
_____	_____	_____
(proveedor)	(teléfono)	(dirección)

Este acuerdo de revelación de información personal comenzará en _____, y terminará en _____
(que no exceda doce meses). fecha fecha

Entiendo que en cualquier momento puedo enviar una solicitud por escrito al programa de WIC para cancelar este acuerdo.

_____	_____	_____
representante de la familia	firma	fecha

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.