

**CLIENT RELEASE OF INFORMATION FORM**  
**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR**

Se le solicita al cliente que lea y firme la parte de este formulario referente a los derechos del cliente. Se le requiere al proveedor que informe a cada cliente respecto a las secciones I-V de este formulario y el propósito de cada una, solicitando que el cliente escriba sus iniciales en cada sección aplicable.

**Iniciales  
del cliente**

\_\_\_\_\_

**I. DIVULGACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

El Departamento de Niños y Familias de la Florida (Florida Department of Children and Families) solicita su(s) número(s) de seguro Social pero conforme a la ley, usted no está obligado a hacerlo. Pero, si nos brinda su(s) número(s) de seguro Social, podremos determinar más rápido y con más exactitud su elegibilidad para recibir asistencia o servicios. El Departamento utiliza los números de seguro social para la verificación de identidad, la verificación de la elegibilidad y del ingreso, y para otros fines relacionados con la administración de nuestros programas.

\_\_\_\_\_

**II. DIVULGACIÓN DE LA VERIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS DERECHOS DEL EXTRANJERO (SYSTEMATIC ALIEN VERIFICATION FOR ENTITLEMENTS, SAVE)**

Por este medio autorizo la divulgación de los datos del Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) pertinentes a mi estatus migratorio al Departamento de Niños y Familias de la Florida y Florida Department of Health, para acceder a los beneficios públicos federales y/o los servicios para Refugiados.

\_\_\_\_\_

**III. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

Por este medio autorizo la divulgación de mi información protegida de salud (PHI) al Programa para Refugiados con el fin de determinar la elegibilidad para recibir servicios o la exención especial de los requisitos del programa.

\_\_\_\_\_

**IV. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA**

Por este medio autorizo la divulgación de mi información financiera al Programa para Refugiados con el fin de determinar la elegibilidad para recibir servicios y/o estadísticas económicas.

\_\_\_\_\_

**V. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Por este medio autorizo la divulgación de mi información de contacto al proveedor aprobado por el Departamento de Niños y Familias de la Florida con el único propósito de realizar una encuesta para calificar mi experiencia como refugiado y evaluar en general las necesidades de los refugiados. No autorizo el uso de mi información de contacto para ningún otro propósito.

**DERECHOS DEL CLIENTE**

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al escribir al Departamento de Niños y Familias de la Florida y State of Florida, Department of Health.
- Comprendo que firmar esta autorización es voluntario y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no dependen de mi autorización de esta divulgación.
- Comprendo que el receptor puede volver a divulgar la información que se divulgó bajo esta autorización y es posible que esta nueva divulgación ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- El Departamento de Niños y Familias de la Florida y State of Florida, Department of Health., me darán una copia de este formulario cuando lo solicite.
- Comprendo que esta autorización si vencerá al terminar el contrato entre el Departamento de Niños y Familias de la Florida y State of Florida, Department of Health. a menos que yo especifique una fecha distinta.
- Mi firma a continuación indica que he leído este formulario en su totalidad, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que autorizo el uso de una copia de este formulario para la divulgación de la información que se describe anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PROVIDER USE ONLY**

I have explained this form and its purpose to the client and the client has refused to sign.

\_\_\_\_\_  
Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date