**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**SECCION I:**

Yo autorizo (agencia, escuela, otro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que compartan el nombre del adulto y/o información del menor como se describe abajo.

**PADRE(s) LEGAL GUARDIAN Y NIÑOS BAJO LA EDAD DE 21 QUE VIVEN CON USTED:**

**Nombre y apellido Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (padre(s) o guardian legal)

Nombre del Niño: Fecha de Nacimiento: Escuela que Atiende Actualmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta información se puede divulgar durante el curso de negocios normales a organizaciones que regularmente coordinan servicios educativos y humanos, incluida la Agencia de Acción Comunitaria del Noroeste de Michigan / Head Start, Programa de Empoderamiento para Estudiantes en Transición del Noroeste de Michigan (NMSTEP), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Distrito Escolar,** MI Departamento de Servicios Humanos, Goodwill Inn, Centro de Recursos para Mujeres, Tercer Nivel, Hogares Anfitriones / Servicios Humanos Católicos, y (otros) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**SECCION II:**

Este comunicado y uso es a solicitud de la persona con el fin de proporcionar planificación de casos.

Entiendo que si doy mi permiso, tengo derecho a cambiar de opinión y revocarlo. Esto debe ser por escrito a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **(agency/school district)**

A menos que sea revocado, esta autorización se vence en la fecha siguiente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Si yo no especificó una fecha de vencimiento, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de la firma).

Entiendo que la divulgación de esta información es voluntaria. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener servicios.

Al firmar esta Autorización, entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad. Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

**Nombre del padre (o representante legal) Nombre impreso del trabajador**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre (o representante Legal) Firma del Trabajador Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARA EL USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE**

**ESTA AUTORIZACIÓN FUE REVOCADA EL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 **Firma Fecha**