

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN
DE INFORMACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE CASO	
CONDADO	NÚMERO DE REGISTRO DE PELICAN

NOMBRE

DIRECCION

CÓDIGO POSTAL

Por la presente autorizo y solicito la divulgación a la agencia de Servicios de Información para el Cuidado Infantil (CCIS, por sus siglas en inglés) para contactar a las fuentes confiables para la investigación de información relevante para la verificación de: identidad; residencia; empleo; educación y actividades de capacitación; tamaño de la familia y composición; cuidado y control de menores que viven con un abuelo, tío o tía; razones para la suspensión de subsidios; ingresos; y cualquier información adicional relevante para la elegibilidad para el Programa de Cuidado Infantil Subsidiado para mí y/o para las personas en cuyo nombre se pagan los beneficios. Entiendo que la información obtenida se utilizará únicamente para los fines relacionados directamente con la determinación de mi elegibilidad para el Programa de Cuidado Infantil Subsidiado.

FIRMA DEL PADRE/PRESTADOR DE CUIDADO

FECHA

FIRMA DEL PADRE/PRESTADOR DE CUIDADO

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE CCIS

FECHA

POR FAVOR, VEA EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA INSTRUCCIONES
ADICIONALES PARA LA AGENCIA CCIS SOLAMENTE

NOMBRE DEL PADRE

NO COPIAR ESTA SECCIÓN - PARA USO EXCLUSIVO DE CCIS

En el caso de que yo no pueda ser localizado, autorizo a CCIS
a contactar a la persona(s) identificada a continuación:

La agencia de CCIS está autorizada a comunicarse o hablar con las siguientes personas en mi nombre.

Nombre:	Número de teléfono:	Relación:

FIRMA DEL PADRE/PRESTADOR DE CUIDADO

FECHA