

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE TANF/SNAP**

**POLÍTICA SOBRE UNA SOLICITUD INICIADA POR EL CLIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
CONFIDENCIAL**

- El Departamento de Servicios Sociales (DSS) mantiene la información que usted provee de manera confidencial, pero para que otras agencias gubernamentales le brinden servicios a usted y/o otros miembros de su familia, puede que sea necesario que el DSS comparta alguna información contenida en sus archivos con otras agencias gubernamentales que tengan normas de confidencialidad parecidas a las del DSS.
- Es posible que el DSS divulgue información sobre usted y/o su familia a agencias comunitarias tras recibir su permiso por escrito.
- La información divulgada incluye datos tales como: nombres, direcciones, números de teléfono, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, expedición de beneficios, resultados de exámenes obtenidos en el programa, reportes de progreso y documentos previamente entregados a la agencia.
- La confidencialidad de toda la información divulgada está protegida por las agencias que reciben la información.
- Es posible que el DSS coopere con las autoridades policiales para ayudarle a obtener la documentación necesaria en el caso de que usted reporte que su tarjeta de EBT y/o de Epay haya sido perdida, extraviada o robada.
- Este aviso también le notifica que el DSS y sus empleados no son responsables de cualquier acción que pueda tener lugar entre usted y/o su familia y la agencia a la cual la información del archivo de su caso fue divulgada como resultado de la divulgación de esa información.

A SER COMPLETADA POR EL CLIENTE (marque todo lo que le corresponda)

Nombre del cliente: _____ Número de caso: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- Otorgo permiso al DSS de divulgar **mi nombre, dirección, número de teléfono, estado de beneficiario de TANF/SNAP e historial de expedición de beneficios** a las organizaciones que quieran ayudarme con servicios o contribución en especie.
- Otorgo permiso al DSS para divulgar los siguientes documentos: _____

- Entiendo que si autorizo o no la divulgación de esta información, no tiene consecuencias sobre mi elegibilidad para participar en el programa de SNAP y/o TANF.
- Entiendo que al otorgar esta autorización para divulgar mi información confidencial, libero al DSS y a sus empleados de cualquier cargo o responsabilidad legal sobre las acciones que puedan tener lugar entre yo y/o mi familia y la agencia a la cual mi información fue divulgada.
- Entiendo que al otorgar esta autorización para divulgar mi información confidencial, libero al DSS y a sus empleados de cualquier cargo o responsabilidad legal sobre las acciones que puedan tener lugar por cualquier agencia a la cual mi información sea divulgada.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al notificar a la oficina local del DSS por escrito del dicho hecho. La cancelación entrará en vigor a más tardar 60 días después de ser recibida.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- Ya no deseo que el DSS divulgue mi información confidencial a ninguno de los tipos de organizaciones arriba, a menos que sea requerida por la ley.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

South Carolina Department of Social Services
**TANF/SNAP CONSENT FORM FOR THE RELEASE
OF CONFIDENTIAL INFORMATION**

POLICY ON CLIENT INITIATED REQUEST FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

- The Department of Social Services (DSS) keeps the information you provide confidential, but in order for other government agencies to furnish services to you and/or members of your family it may be necessary for DSS to share some information contained in your files with other government agencies that have confidentiality standards like those of DSS.
- DSS may release information about you and/or your family with community agencies upon receipt of your written permission.
- Released information includes items such as: names, addresses, telephone numbers, age, birth date, birth place, benefit issuance, test scores obtained in the program, progress reports and documents previously submitted to the agency.
- The confidentiality of all information released is protected by the agencies receiving the information.
- DSS may cooperate with law enforcement to assist you in obtaining necessary documentation in the event that you report a lost, missing, and/or stolen EBT and/or ePay card.
- This notice also advises you that DSS and its employees are not responsible for any actions that may take place between you and/or your family and the agency to whom information from your case file was released, as a result of the release of that information.

TO BE COMPLETED BY THE CLIENT (check all that apply)

Client Name: _____ **Case Number:** _____

CONSENT FOR THE RELEASE OF INFORMATION

- I grant DSS permission to release **my name, address, telephone number, TANF/SNAP recipient status and benefit issuance history** to organizations that desire to assist me with services or in-kind assistance.
- I grant DSS permission to release the following documents: _____

- I understand that whether or not I consent to the release of this information, it has no effect on my eligibility to participate in the SNAP and/or TANF program.
- I understand that in granting this consent to release my confidential information, I release DSS and its employees from any responsibility or liability for the actions that may take place between me and/or my family and the agency to whom my information was released.
- I understand that in granting this consent to release my confidential information, I release DSS and its employees from any responsibility or liability for the actions that may take place by any agency to whom my information is released.
- I understand that I may cancel this consent at any time by notifying the local DSS office in writing of that fact. The cancellation will become effective no later than 60 days after it is received.

Client's Signature: _____ **Date:** _____

CANCELLATION OF CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

- I no longer want DSS to release my confidential information to any of the above types of organizations, unless required by law.

Client's Signature: _____ **Date:** _____

This institution is an equal opportunity provider.