



Estoy enterado/a que el Programa de Asalto Sexual de la Ciudad de Alexandria tiene la responsabilidad de guardar con carácter confidencial mi información personal, incluyendo formas de identificarme y mi archivo. Entiendo que puedo permitir a SAC que comparta esta información personal con funcionarios de esta y otra agencias del gobierno.

Yo, _____ (nombre y apellido), autorizo el Programa de Asalto Sexual para que: Proporcione Reciba Intercambie la siguiente información específica:

Quien recibirá mi información:	Nombre: Oficina o Agencia: Dirección: Número de teléfono:
---------------------------------------	--

La información puede ser compartida: por teléfono por fax por correo

Qué información será compartida	<i>(Especifique: nombres, fechas, documentos)</i>
Por qué deseo compartir mi información (el propósito)	<i>(Especifique claramente. Ejemplo: para recibir subsidios)</i>

Se entiende:

- Que no tengo que firmar este formulario. No es indispensable que SAC comparta mi información personal. Firmo este formulario de permiso voluntariamente.
- Que compartiendo información sobre mi caso con otra agencia o persona se sabrá dónde estoy y si estoy recibiendo servicios de SAC.
- Cual parte de la información sobre mi persona será compartirá (por ejemplo: archivos escritos, notas sobre lo que he dicho) y como esta información será transmitida (por teléfono, fax, correo, etc.).
- Que el permiso de compartir esta información está limitado a lo que aparece en este formulario. Si creyera necesario que SAC comparta más información en el futuro firmare otro formulario.
- Que es posible que SAC y yo no podamos controlar lo que suceda con mi información una vez que sea transmitida y que la agencia o persona que reciba esta información sea obligada por ley o por disposición administrativa a compartirla con otros.

Esta autorización de permiso es válida por: _____ días O _____ meses (no más de un año).

Si es necesario más tiempo para cumplir el propósito de este formulario de permiso, firmare una nueva autorización.

ESTA AUTORIZACION VENCE: _____ Fecha
--

Entiendo que esta autorización de permiso es válida a partir del momento de firmar, y que puedo retirar mi consentimiento a la misma en cualquier momento, sea verbalmente o por escrito.

Firma del interesado: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

