



**Oficina de Vivienda**  
421 King St., Ste. 215  
Alexandria, Virginia 22314  
703.746.4990  
Alexandriava.gov/housing

# Autorización del cliente

## Programa de asistencia para el pago de alquiler

Comprendo que distintos organismos brindan diferentes servicios y beneficios. Cada organismo debe tener información específica para proporcionar servicios y beneficios. Al firmar este formulario, permito que los organismos usen e intercambien cierta información sobre mí, incluida la información en una base de datos electrónica, de manera que les sea más fácil trabajar en conjunto eficientemente para brindar o coordinar estos servicios o beneficios.

Yo, \_\_\_\_\_, firmo este formulario para \_\_\_\_\_.  
(Nombre completo de la/s persona/s que otorga/n el consentimiento, en letra de imprenta) (Nombre completo del cliente, en letra de imprenta)

Información del cliente			
Dirección			
Fecha de nacimiento			
Mi relación con la persona es	Yo	Padre/madre	Otro representante legalmente autorizado
	Apoderado	Tutor	

Deseo que se intercambie la siguiente información confidencial de la persona:

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de evaluaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros educativos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros psiquiátricos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios/servicios necesarios, planificados o recibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros de justicia penal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros de abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros de empleo
		Otro (indique)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las opciones anteriores

Acepto que la Oficina de Vivienda y las siguientes entidades puedan usar e intercambiar esta información entre ellas:

Sí	No	Entidad	Entidad
		Escuelas públicas de la ciudad de Alexandria	ADCHS: Centro para Servicios para Adultos
		Unidad de Servicios Judiciales de Alexandria	ADCHS: Centro para Niños y Familias, Bienestar Infantil
		Departamento de Salud de Alexandria	ADCHS: Centro para Niños y Familias, Salud Conductual de Menores
		Departamento de Policía de Alexandria	ADCHS: Centro para Niños y Familias, Violencia Doméstica/Agresión Sexual
		Equipo de Planificación y Evaluación Familiar	ADCHS: Centro de Asistencia Económica
		Hospital	Autoridad de Reurbanización y Vivienda de Alexandria (Alexandria Redevelopment and Housing Authority, ARHA)
		Propietario/gerente de la propiedad	Proveedores financieros de emergencia de Alexandria
		Departamento de Salud local	Otros
		Médico	

Deseo que esta información se intercambie únicamente con **finés de elegibilidad** y que la información puede ser compartida por los siguientes medios (marque todas las opciones que correspondan): Por escrito En reuniones o por teléfono

Datos computarizados Por fax

Esta autorización entra en vigencia el \_\_\_\_\_ y es **válida hasta el:**  Mi caso de servicio está cerrado.  Otro: \_\_\_\_\_

Puedo retirar esta autorización en cualquier momento al informárselo al organismo que deriva. Los organismos mencionados deben dejar de compartir información después de saber que se ha retirado mi autorización. Tengo derecho a saber qué información acerca de mí se ha compartido, y por qué, cuándo y con quién se compartió. Si pregunto, cada organismo me mostrará esta información. Acepto que todos los organismos reciban una copia de este formulario como mi consentimiento válido para compartir información. **Si no firmo este formulario, la información no se compartirá, y tendré que comunicarme con cada organismo individualmente para proporcionarle la información sobre mí que sea necesaria.** Sin embargo, entiendo que el trato y los servicios no pueden estar condicionados al hecho de si firmo esta autorización o no. Existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta autorización sea divulgada de nuevo por el destinatario y no esté sujeta a la Norma de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Firma(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Persona/s que autoriza/n)

<b>Persona que explica el formulario</b>		<b>Testigo, si es necesario</b>	
<b>Nombre completo</b>		Firma	
<b>Dirección Teléfono</b>		Dirección	
<b>Número de teléfono</b>		Número de teléfono	

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. La revocación no se aplicará a los registros ya presentados en virtud de esta autorización. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posible divulgación no autorizada y dicha información podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Comprendo que el consentimiento se extiende a la información que se encuentra en el registro del consumidor después de otorgar el consentimiento, pero antes de que venza. Comprendo que ciertos registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad sobre Pacientes con Trastornos por Abuso de Drogas y Alcohol (Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Título 42, Parte 2). Si estos registros están protegidos por la Parte 2 del Título 42 del CFR, el destinatario tiene prohibido realizar cualquier otra divulgación de esta información, a menos que esté expresamente permitido por mi autorización por escrito, excepto según lo permitido por las Reglamentaciones.

Firma(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Persona/s que autoriza/n)*

**Para uso de la oficina únicamente**

Autorización	Totalmente revocada	Parcialmente revocada		Fecha de recepción	
Notificación	Por escrito	Por teléfono		Recibida por	