

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TRANSITORIA
Permiso Para Tener Acceso a la Información del caso de DTA

SOLICITUD PARA ACCESO AL ARCHIVO DEL CLIENTE: _____
(Nombre Completo del Cliente)

1. Información del Cliente:

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Dirección: _____

Últimos 4 dígitos del NSS: ___ ___ ___ ___ o ID de la agencia DTA: _____

2. Yo autorizo a _____
(nombre y ciudad de la organización)

obtener el acceso a información de mí caso con DTA, incluyendo los documentos electrónicos. Autorizo a esta organización para hablar con DTA de mi solicitud o beneficios (con un administrador de casos del DTA, supervisor, director u otro empleado del DTA). Este formulario es válido por 12 meses a menos que he escrito una tiempo diferente en este formulario o en otro tipo de comunicación.

3. Yo certifico que yo soy el cliente nombrado arriba.

Firma del Cliente

Fecha

→ **Entregue este formulario por correo** al DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780, **o fax** a (617) 887-8765.

-
- Este formulario da permiso a una organización de ayuda u otra tercera persona para hablar con DTA, y DTA para compartir información sobre el caso del cliente. Si el cliente necesita un representante autorizado para firmar formularios y / u obtener una tarjeta de EBT hacer compras de comida, usar el formulario "Image 10" de DTA.
 - Autorización escrita aceptable incluye este formulario, una declaración escrita por mano o el formulario de DTA "Voluntary Consent to Release Information" (VARI-OI). También, la autorización verbal del cliente es aceptable. 106 CMR 104.040.