**A logo with green leaves and text

Description automatically generated**

**Fremont Family Coalition**

**Community Response**

**Solicitud y Autorización para Divulgación de Información Confidencial**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo la divulgación recíproca

de la información contenida en estos registros entre Fremont Family Coalition y sus agencias asociadas. El propósito de tal divulgación es:

Evaluación, servicios, y manejo de casos para conexiones con recursos comunitarios

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento permite que su información sea compartida entre Fremont Family Coalition y

cualquier agencia asociada que pueda ayudarlo. Consulte la página 2.

Me han dado los nombres de los socios de la comunidad que pueden ayudarme a alcanzar mis metas.

**Iniciales\_\_\_**He tenido la oportunidad de revisar la lista y tachar las agencias con las que no quiero compartir mi

información.

**Iniciales\_\_\_**

Presenciado por: Firma

Fecha atestiguada Fecha de firma

Numero de telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma de los padres (para jóvenes menores de 19 años)

Fecha de firma

**Sin revocación expresa, este consentimiento expira un año después de la fecha de la firma**

**Defensores de la respuesta comunitaria**Dodge County Head Start

Lutheran Family Services

Pathfinder Support Services

Three Rivers Public Health Department

|  |
| --- |
| City of Fremont- Department of Utilities  Dodge County Attorney’s Office  Dodge County Probation  ESU2-University of NE  Fremont Public Schools  Fremont Housing Authority  Good Neighbor Community Health Center  Methodist Fremont Health  Nebraska Department of Health and Human Services  OPPD  NPPD  Rebuilding Together  The Bridge  Northeastern Community Action Partners / WIC  Salvation Army  Mosaic  North Star  Duet  Fremont Transit Program  Uniquely Yours Stability Support  Care Corps LifeHouse  Dodge County Sheriff’s Dept.  Saunders County CR  Central Plains  Findhelp |
|  |

**Proveedores de servicios/apoyos informales**

Terapista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento de Servicios Públicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*La familia/los jóvenes pueden optar por agregar o eliminar a aquellos con quienes deseen compartir información**