****

**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 UtilitiesDodge County Attorney’s OfficeDodge County ProbationESU2-University of NEFremont Public SchoolsFremont Housing AuthorityGood Neighbor Community Health CenterMethodist Fremont HealthNebraska Department of Health and Human ServicesOPPDNPPDRebuilding TogetherThe BridgeNortheastern Community Action Partners / WIC Salvation ArmyMosaicNorth StarDuetFremont Transit ProgramUniquely Yours Stability SupportCare Corps LifeHouseDodge County Sheriff’s Dept.Saunders County CRCentral PlainsFindhelp  |
|  |

 **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**