

Autorización para la Divulgación de Información

Programa de Emergencia de Asistencia para la Renta del Condado de Lancaster

Yo/Nosotros _____, el/los abajo firmante(s) autoriza(n) a todas las personas y entidades de las categorías siguientes a divulgar información sobre empleo, ingresos, gastos, renta y servicios públicos con el fin de verificar la información de mi/nuestra solicitud de asistencia de emergencia para la renta. Autorizo/autorizamos la divulgación de información sin responsabilidad penal a las agencias que administran el Programa de Emergencia de Asistencia para la Renta (ERAP) en el Condado de Lancaster, Pennsylvania.

INFORMACIÓN INCLUIDA

Entiendo/entendemos que puede ser necesaria información previa y actual sobre mí/nosotros. Las verificaciones y respuestas a consultas que se pueden solicitar incluyen, entre otras, la identidad personal; empleo e ingresos; y renta, servicios públicos y otros gastos. Entiendo/entendemos que esta autorización no se puede utilizar para obtener ninguna información sobre mí/nosotros que no sea pertinente para mi/nuestra elegibilidad y participación continua en el ERAP.

PERSONAS Y ENTIDADES A LAS QUE SE PUEDE SOLICITAR INFORMACIÓN

Las personas y entidades a las que se les puede solicitar que divulguen la información anterior incluye, entre otras:

- Empleadores pasados y presentes
- Proveedores de manutención infantil y conyugal
- Agencias de bienestar social
- Agencias estatales de desempleo
- Administración de la Seguridad Social
- Proveedores de servicios médicos y de cuidado infantil
- Administración de Veteranos
- Sistemas de jubilación
- Bancos y otras instituciones financieras
- Propietarios de viviendas
- Empresas de servicios públicos y autoridades municipales de servicios públicos

CONDICIONES

Yo/nosotros acepto/aceptamos que se puede utilizar una fotocopia de esta autorización para los fines indicados anteriormente. El original de esta autorización permanecerá archivado y en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo/entendemos que tengo/tenemos el derecho de revisar este archivo y corregir cualquier información que pueda/podamos probar que es incorrecta.

FIRMAS

Solicitante/Cabeza de Familia	(Nombre en letra de molde)	Fecha
Co-Solicitante/Co-Cabeza de Familia	(Nombre en letra de molde)	Fecha
Miembro Adulto del Hogar	(Nombre en letra de molde)	Fecha
Miembro Adulto del Hogar	(Nombre en letra de molde)	Fecha