

Petición de Visibilidad Restringida

Nombre del/ de la cliente	_____	Fecha de nacimiento	_____
	<i>Persona a cargo del hogar</i>		
Proyecto / Proveedor	_____	No. de cliente	_____
Fecha de inscripción para la evaluación de ingreso	_____	Nombre de la agencia	_____

No deseo que la información que le ofrecí a esta agencia se comparta con otras agencias que usan el sistema de base de datos digital llamado WellSky Community Services (anteriormente conocido como ServicePoint).

Entiendo que esta solicitud puede reducir mi acceso a algunos servicios disponibles en asociación con otras agencias, pero esta agencia no puede negarme ayuda si restrinjo el acceso a mi información .

Entiendo que los veteranos que califican para proyectos del Servicio de Apoyo para Familias de Veteranos (SSVF, por sus siglas en ingles), deben compartir su información de identificación personal y de inscripción en el programa.

Entiendo que puedo cambiar mi decisión de compartir mi información en cualquier momento. La información ya compartida no puede ser retractada ni revocada.

No deseo que se comparta esta **información sobre la inscripción en el programa.**

☐ **con ninguna de las demás agencias; o bien**

☐ **con una Agencia una agencia en particular:** _____

Escriba en la lista el nombre de todos los dependientes en el hogar que están incluidos en esta petición.

Nombre	Edad

Nombre	Edad

Firmas

Firma del/de la cliente (Persona a cargo del hogar)

Fecha

Nombre en letra imprenta del trabajador de ingreso /
Personal de agencia

Se leyó / entregó el texto de Privacidad?

☐ **para todas las demás Agencias; o bien**

☐ **para una agencia en particular**

Firma del trabajador de ingreso / Personal de agencia

Fecha