

AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR INFORMACIÓN

A: _____

Sobre: _____

Nombre de la persona facilitando la información (Cliente)

PIDO Y AUTORIZO a cualquier persona, institución financiera, agencia del gobierno, u otra entidad que tenga información sobre la persona que firma para que facilite y entregue a las personas o entidades estipuladas abajo cualquier registro, reporte o información relacionada con mi condición financiera o económica, presente o pasada, historial de ayuda recibida, o cualquier otra información pertinente que ayude a que **Community of Faith United (COFU)** pueda determinar mi elegibilidad para los servicios. Acuerdo que esta información pudiera ser usada por los empleados de COFU para tal propósito. Toda la información recibida debido a esta autorización tendrá que mantenerse confidencial y limitada a las partes designadas en esta autorización, o a las personas designadas por medio de autorización escrita en esta Autorización.

UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR INFORMACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN EFECTIVA COMO LA ORIGINAL. Esta autorización será efectiva hasta _____, y después de esa fecha será automáticamente revocada.

La(s) siguiente(s) persona(s) están autorizadas para recibir esta información: Cualquier representante de Community of Faith United (COFU), 10620 N. Washington St, Northglenn, CO 80233, (303) 452-2727, FAX (303) 457-0907.

Nombre del cliente (escriba en letra de molde)

Empleado de COFU

Dirección

Número de caso

Teléfono

Firma del cliente

Fecha