

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
ADMINISTRACION DESARROLLO SOCIOECONOMICO

Número de Seguro Social de Jefe Unidad Familiar \_\_\_\_\_

AUTORIZACION PARA REQUERIR U OFRECER INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, Seguro Social

Número \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_  
(Dirección Residencial)

\_\_\_\_\_, solicitante o participante del (los) servicio (s)

de \_\_\_\_\_  
(Servicio (s) que recibe o solicita)

del Departamento de la Familia:

Autorizo a verificar información necesaria para determinar elegibilidad de mi unidad familiar. Además, faculto a patronos, bancos u otras instituciones de ahorros y crédito, vecinos y otras personas a ofrecer información que pueda ser utilizada con igual propósito.

Autorizo al Departamento de la Familia a ofrecer información de mi expediente que se encuentra bajo su control a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Esta información será utilizada con el único y exclusivo  
(Nombre Agencia, entidad o persona)

propósito de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La agencia, entidad o persona que solicita no divulgará la información a otros sin consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma o Marca del Solicitante o Participante

\_\_\_\_\_  
Firma Tutor, Representante o Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha