

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