



**HUMAN SERVICES**

**AUTHORIZATION TO OBTAIN/RELEASE  
CLIENT RECORDS AND/OR INFORMATION**

**SOCIAL SERVICE ELIGIBILITY**

In order to better assist you, or your minor child or children, there are times when we may need to obtain or release personal information. This information will only be released or obtained with your approval, as you indicate below. Please initial boxes below to indicate that you authorize releasing and/or obtaining personal information relating to the following:

	Release	Obtain
Bank records		
Billing statements		
Employment (current and past)		
Federal, State, and County agencies		
Housing information		
Legal		
Medical		
Psychological		
School information		
Salvation Army		
St. Vincent de Paul		
Other		

**I HEREBY AUTHORIZE City of Scottsdale Human Services Staff to release and/or obtain the information indicated immediately above to/from the following individuals or organizations, as applicable.** Name/Organization: \_\_\_\_\_

I understand that the contents of my client record, or that of my minor child or children, as applicable, including the information indicated above, may be discussed between Human Services staff members for the purposes of supervision and case coordination, and shared with crisis intervention staff members, as deemed necessary and appropriate. I also understand that I may withdraw this consent at any time, except as to actions that have been already taken, by making a written request to a representative of Human Services.

Print Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Print Guardian/Parent Name (as applicable): \_\_\_\_\_

Guardian/Parent Signature (as applicable): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**SERVICIOS HUMANOS**

**AUTORIZACION PARA OBTENER/OTORGAR  
REGISTROS DEL CLIENTE O INFORMACION**

**ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS SOCIALES**

Para poder asistirle mejor a usted, o a su hijo(s)/hija(s) menores de edad, habrá ocasiones donde necesitaremos obtener u otorgar información personal. Esta información será otorgada u obtenida con su consentimiento, como indique en la porción de abajo. Favor de escribir sus iniciales en las cajas de abajo para indicar que usted autoriza el otorgo o la obtención de información relacionada con lo siguiente:

	Otorgar	Obtener
Registros Bancarios		
Estados de Cuenta		
Empleo (presente o pasado)		
Agencias Federales, Estatales, y del Condado		
Información de Vivienda		
Legal		
Medica		
Psicológica		
Información Escolar		
Ejecito de Salvación (Salvation Army)		
San Vicente de Paul		
Otro		

**POR LA PRESENTE AUTORIZO** a los Servicios Humanos de la Ciudad de Scottsdale para otorgar u obtener la información indicada directamente arriba para/departe de los siguientes individuos u organizaciones, como sea aplicable.

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que el contenido de mi registro del cliente, o el de mi hijo(s)/hija(s) menores de edad, como sea aplicable, incluyendo la información indicada arriba, puede ser consultada entre empleados de Servicios Humanos con el propósito de supervisión y coordinación del caso, y compartido con los empleados de la intervención de crisis, conforme sea necesario u apropiado. También entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, con excepción a acciones que ya han sido tomadas, por medio de presentar por escrito una solicitud a un representante de Servicios Humanos.

Nombre en letra de molde (Nombre): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del Guardian/Nombre del Padre (si aplicable): \_\_\_\_\_

Firma del Guardian/Firma del Padre (si aplicable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_