

**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information
(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)**

Divulgación de Información OPCIONAL

¡Ayúdenos a ayudarle!

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(Release of Information)**

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.

(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.

(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.

(This release is good for 12 months from the date signed.)

Su nombre (en imprenta legible)
(Your Name – please print clearly)

Nombre de otro adulto (en imprenta legible)
(Other Adult Name – please print clearly)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Fecha
(Date)