

DOCUMENTOS DE VERIFICACION – FASE 1

Los documentos de Fase 1 es el primer paso en el proceso de "aplicación " para los futuros padres de crianza y adoptivos. Fase 1 se encuentra en el sitio web www.fosterintexas.org y es la información inicial necesaria para que una familia pueda proceder en ser certificados como padres de crianza o adoptivos. Después de que la fase 1 se halla completado y aprobado, las familias recibirán fases 2 y 3.

| <u>NOMBRE DE FORMA</u> | <u># DE FORMA</u> | <u>FORMA PARA FAMILIA NUEVA O DE TRANSFERENCIA</u> | <u>RAZONAMIENTO PARA LA FORMA</u> | <u>COMPLETADA</u> |
|--|--------------------------|---|---|--------------------------|
| SOLICITUD FAMILIAR | F111.01b-S | Nuevas & Transferencia | La Solicitud Familiar proporciona información detallada acerca de los posibles candidatos, incluyendo los antecedentes, situación financiera, la educación, historial laboral, historial de residencia, ambiente familiar, los visitantes frecuentes, antecedentes penales, y la motivación para el cuidado temporal y la adopción, etc La aplicación familiar debe ser firmado por ambas los solicitantes. | |
| Declaracion de Verificacion de Antecedentes Para Solicitantes Temporales ; de Adopcion y Miembros de la Familia | F103.01b-S | Nuevas & Transferencia | La Declaración de la verificación de antecedentes proporciona información sobre cualquier detención anterior, los cargos y las condenas y los antecedentes de ser investigado por abuso y negligencia. La verificación de verificación de antecedentes debe ser completada por todos los miembros del hogar mayores de 14 años. La declaración de verificación de antecedentes debe ser firmada por el individuo. | |
| Autorizacion de Antecedentes Penales y Revision del Registro Central | F103.01 BL | Nueva & Transferencia | DFPS requiere que todos los solicitantes de crianza y adopcion y los miembros del hogar de 14 años o mayores y todos los visitantes frecuentes al hogar completen un registro de antecedentes penales y registro central (abuso / negligencia historia). El propósito de la Autorización de Antecedentes Penales y de verificación del Registro Central es autorizar LSS para ejecutar la comprobación del registro | |

| | | | | |
|---|----------------|-------------------------------------|--|--|
| | | | penal y central. Con el fin de ejecutar la verificación del registro penal y central, LSS también requiere una copia de la identificación con foto / licencia de conducir y tarjeta de seguro social de cada individuo en quien se llevará a cabo y la autorización debe ser firmada por el individuo. | |
| Autorización para la Divulgación de la Información de Otra Agencia de Colocación de Niños | F101.01-BL - S | Familias de Transferencia solamente | La Autorización para la Divulgación de la Información de otra Agencia de Colocación de Niños debe ser firmado para todas las agencias con quien los posibles padres de crianza o adoptiva están verificado o hallan proveido cuidado temporal o adoptados con anterioridad. Este formulario debe ser firmado por los solicitantes, si se aplica a su caso. | |

LUTHERAN SOCIAL SERVICES OF THE SOUTH, INC.

SOLICITUD FAMILIAR

** Por favor incluya 2 ó 3 fotografías de su familia, del frente de su hogar, del patio trasero, y fotos del interior de su casa -que incluyan recamaras, sala(s), y cocina.

Fecha de Aplicación: _____ Padre Temporal:
 Padre Temporal para Adoptar:
 Adopción Solamente:

A. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: _____
 Apellido *Primer Solicitante 1* *Primer Solicitante 2* *De Soltera*

Dirección / Domicilio: _____
Para Correspondencias *Físico (si es aplicable)*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Numero Telefónico: _____
Casa *Celular (Solicitante 1)* *Celular (Solicitante 2)*

Correo Electrónico(s): _____

B. DATOS PERSONALES

| Nombre de Solicitante 1 | | Nombre de Solicitante 2 |
|-------------------------|---|-------------------------|
| _____ | Estatura / Peso | _____ |
| | Color de Pelo / Ojos | |
| | Fecha De Nacimiento / Lugar de Nacimiento | |
| | Antecedente Étnico | |
| | Tribu India <i>(si es aplicable)</i> | |
| | Experiencia Militar | |
| | Ocupación | |
| | Número de Seguro Social | |
| | Ciudadanía /Estado Legal (de Extranjero) | |

¿Alguno de ustedes ha sido detenido alguna vez, condenado por, o recibió adjudicación diferida por un delito distinto de una infracción de tráfico menor, que incluya delitos contra una persona, delitos contra la familia, o por indecencia pública a un niño? En caso afirmativo, explique:

¿Alguno de ustedes ha encontrado algo para substanciar una Razón Para Creer que hay algún tipo de abuso infantil que reúne una preponderancia de las evidencias estándar? Si esto es contestado afirmativamente, por favor explique:

C. HISTORIA MATRIMONIAL

1. ¿Esta actualmente casado(a)? Si No
2. Si es así, ¿Cuál es la fecha actual de su matrimonio: _____
3. Nombre de la ciudad y el condado donde contrajo matrimonio: _____
4. ¿Usted alguna vez ha estado separado(a), o están actualmente separados? Si No
5. ¿Cuándo estuvo separado(a)? _____
6. Si usted no está casado(a), ¿actualmente mantiene una relación con alguien? Si No
Nombre: _____
7. Matrimonios anteriores o relaciones significativas anteriores (si existen): listar todo:

SOLICITANTE # 1 (utilice páginas adicionales si es necesario)

| <u>Nombre del Cónyuge / Pareja</u> | <u>Fecha de Matrimonio</u> | <u>Donde Contrajo Matrimonio</u> | <u>Fecha de Divorcio o Fallecimiento</u> | <u>Lugar Donde Se Divorcio</u> | <u>Nombres de Hijo(s) de Su(s) Matrimonio(s)</u> |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SOLICITANTE # 2 (utilice páginas adicionales si es necesario)

| <u>Nombre del Cónyuge / Pareja</u> | <u>Fecha de Matrimonio</u> | <u>Donde Contrajo Matrimonio</u> | <u>Fecha de Divorcio o Fallecimiento</u> | <u>Lugar Donde Se Divorcio</u> | <u>Nombres de Hijo(s) de Su(s) Matrimonio(s)</u> |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| D. HIJOS VIVIENDO EN EL HOGAR | | | | |
|-------------------------------|---------------------|------|------|---|
| Nombre | Fecha de Nacimiento | Sexo | Raza | Relación Biológica, Adoptiva, o Otra (si fue adopción, fecha de adopción) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| E. HIJOS VIVIENDO FUERA DEL HOGAR (TODAS EDADES) | | | | |
|--|---------------------|------|------------------------|--------------------------------|
| Nombre | Fecha de Nacimiento | Sexo | Biológicos o Adoptados | Domicilio y Numero de Teléfono |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Existen otras personas que estén viviendo en su hogar, ya sea tiempo completo o parcialmente, que no han sido identificados?

Si No

En caso afirmativo, proporcione los nombres, cuánto tiempo han estado viviendo allí, y cuánto tiempo permanecerán.

| Nombre y Relación | Cuanto Han Estado Viviendo Allí | Permanecerán Hasta Que Fecha |
|-------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | | |
| | | |

¿Hay personas que visitan su hogar con frecuencia? (Estos son individuos que están presentes en su hogar por lo menos dos veces en un período de 30 días). Si No

En caso afirmativo, proporcione los nombres, la relación entre ustedes, y que tan frecuente visitan su hogar.

| Nombre y Relación | Frecuencia de Visitas |
|-------------------|-----------------------|
| | |
| | |

| F. EDUCACION | | |
|----------------------|---|----------------------|
| SOLICITANTE 1 | | SOLICITANTE 2 |
| | Número de Años que Curso la Escuela | |
| | Certificados / Diplomas / Títulos / Licenciaturas | |
| | Enfoque de Estudios | |
| | En Donde Estudio | |
| | Fecha de Graduación | |

| G. EMPLEO | | |
|----------------------|---|----------------------|
| SOLICITANTE 1 | | SOLICITANTE 2 |
| | Empleador | |
| | Dirección y Numero de Teléfono | |
| | Cuanto Tiempo Lleva Empleado | |
| | Salario Anual | |
| | Horario de Empleo – Diario/Semanal (Días y Horas) | |

Antecedentes de Empleo de los Últimos Diez Años: (utilice páginas adicionales si es necesario)

| Solicitante 1 Fechas de Empleo | Solicitante 1 Lugar de Empleo | Razón Por Haber Abandonado el Empleo |
|---|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Solicitante 2 Fechas de Empleo | Solicitante 2 Lugar de Empleo | Razón Por Haber Abandonado el Empleo |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Tiene(n) licencia para prestar servicios de guardería en su hogar?

Si No

¿Están actualmente recibiendo algún tipo de ayuda del gobierno, como viviendas subvencionadas, vales de comida, etc.?

Si No (En caso afirmativo, ¿qué tipo de asistencia reciben?): _____

| H. RELIGION / SOCIAL | | |
|----------------------|--------------------------------|---------------|
| SOLICITANTE 1 | | SOLICITANTE 2 |
| | Nombre de Iglesia / Religión | |
| | Dirección | |
| | Pastor | |
| | Si es Luterano, Cual Sinodo | |
| | Grupos Sociales / Comunitarios | |
| | Pasatiempos e Intereses | |

| I. VIVIENDA | | |
|---|-----------------|------------------------------|
| <i>Antecedente Residencial</i> (utilice páginas adicionales si es necesario) Plazo de tiempo que paso en cada hogar por los últimos 10 años : | | |
| DIRECCION / DOMICILIO | Ciudad y Estado | Fechas y los año que residió |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Residencia Actual:

Propietario Casa Numero de Cuartos: _____ Jardín: Pequeño Grande

Alquila (Renta) Apartamento Recamaras: _____ Mediano Cercado

Otro: Casa Móvil Baños: _____

1. Describa Su Vecindario: _____
2. Nombre de Escuelas Cercanas: Primaria (Elementaria): _____
 Jr. High: _____ Secundaria (High School): _____
3. Hospital Más Cercano: _____
4. ¿Compartirá dormitorio el niño? Si No ¿Con Quién? _____
5. ¿Tienen forma de transporte en todo momento? Si No

| Vehículo: Marca, Modelo y Color | Fecha De Vencimiento de la Registración del Vehículo | Fecha De Vencimiento de Inspección Estatal del Vehículo |
|---------------------------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |

6. ¿Permitirá inspecciones por las autoridades del Departamento de Bomberos y de Salud? Yes No
7. ¿Alguna persona fuma en su hogar? Si No
8. ¿Tienes mascotas/animales domésticos en su hogar? Si No

| Nombre de Mascota/Animales Domésticos | Raza | Edad |
|---------------------------------------|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

9. Indique Como Llegar a Su Hogar (Direcciones):

| J. ANTECEDENTE FAMILIAR | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------|
| SOLICITANTE 1 | | SOLICITANTE 2 |
| | Nombre de Su Padre | |
| | Dirección / Domicilio | |
| | Nombre de Su Madre | |
| | Dirección / Domicilio | |

Por favor, complete la siguiente información sobre cada uno de sus hermanos:

| Solicitante 1 Hermano(s) | Relación | Ciudad Donde Reside | Estado Marital | Número de Hijos | Ocupación |
|-----------------------------|----------|---------------------|----------------|-----------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Solicitante 1 Hermano(s) | Relación | Ciudad Donde Reside | Estado Marital | Número de Hijos | Ocupación |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Por favor indique el nombre, dirección, y número de teléfono de dos (2) parientes que siempre saben cómo ponerse en contacto con usted.

| NOMBRE | DIRECCION / DOMICILIO | NUMERO TELEFONICO |
|--------|-----------------------|-------------------|
| | | |
| | | |

K. REFERENCIAS

Por favor indique los nombre, dirección, y número de teléfono de cuatro (4) referencias (que no sean familiares):

1. _____
Nombre *Dirección / Domicilio* *Número Telefónico*

2. _____
Nombre *Dirección / Domicilio* *Número Telefónico*

3. _____
Nombre *Dirección / Domicilio* *Número Telefónico*

4. _____
Nombre *Dirección / Domicilio* *Número Telefónico*

L. PREFERENCIAS DEMOGRAFICAS DE NIÑO(S)

1. Edad: (marque todas las que apliquen) 0-2 3-5 6-12 13-18

2. NECESIDADES MÉDICAS / COMPORTAMIENTO:

- Necesidades Medicas -Menores Medicamento Frágil Retraso Mental
- Problemas de Comportamiento Apacible Problemas de Comportamiento Moderado
- Problemas de Comportamiento Severos

3. SEX: Femenino Masculino Ambos

4. ¿Está Dispuesto(a) aceptar niños en grupo (hermanos/hermanas)? Yes No

Número de Niños: _____

* Los padres temporales deben estar dispuestos de aceptar a niños de cualquier origen racial o étnico.

M. INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Han recibido tratamiento por algún problema grave o crónico, de salud física (incluyendo infertilidad) o problemas emocionales?

- Si No (En caso afirmativo, favor de explicar –incluya fecha(s) de terapia o tratamiento)

2. ¿Está tomando medicamentos recetados por un medico actualmente?

- Si No (En caso afirmativo, por favor indique los medicamentos e e incluya la razón porque fueron recetados):

3. ¿Han sido padres temporales o adoptivos antes? ¿En caso afirmativo cuando, donde, y para quién? (Liste toda la información)

4. ¿Han participado en algún tipo de estudio de hogar y vivienda anteriormente? ¿En caso afirmativo, cuándo ocurrió, y con qué propósito (padre temporal o adopción)? ¿Fue aprobado el estudio de hogar y vivienda?

5. ¿Por qué quiere ser un padre temporal o adoptivo?

6. ¿Hablan cualquier otro lenguaje extranjero? ¿Cuál es? ¿En qué idiomas se hablan en su hogar?

IMPORTANTE (Por favor lea la siguiente información cuidadosamente antes de firmar este documento)

La información contenida en esta aplicación es veraz y completa a lo mejor de mi / nuestro conocimiento y creencia, y yo / nosotros comprendemos que cualquier mal entendimiento de la información será causa de rechazo de esta aplicación y terminará mi relación con Lutheran Social Services of the South, Inc.

Lutheran Social Services of the South, Inc., mantiene la confidencialidad de toda la información proporcionada. En ningún momento se publicará su archivo a cualquier otra agencia más allá de nuestra propia, sin previo permiso por escrito (del / los solicitantes) dentro de los límites de la Ley de Texas. Este documento se examinará por representantes del El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (TDFPS) durante reviso / auditorías del programa y contrato.

Firma de Solicitante 1

Fecha de Firma

Firma de Solicitante 2

Fecha de Firma

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PARA SOLICITANTES TEMPORALES / DE ADOPCIÓN Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

* De ser completado por todos los miembros del hogar mayores de 14 años de edad.

Nombre: _____

El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (TDFPS) requiere que todos los solicitantes completen un historial criminal y un historial de registro central (historial de abuso y negligencia) para todas las personas mayores de 14 años que viven en el hogar, y para cualquier persona mayor de 14 años que visite el hogar con frecuencia / regularmente. El propósito de este formulario es para proporcionarnos información sobre su historial criminal, y de abuso y negligencia (si existe alguno).

TDFPS registra los archivos de historial criminal del Departamento de Seguridad Pública de Texas (DPS) y la Oficina Federal de Investigación (FBI), y puede registrar archivos de historial criminal con agencias de la ley local. Los solicitantes y los miembros del hogar mayores de 18 años que aprueben el registro de fondo inicial, requerirán presentar huellas digitales con el propósito de que DFPS pueda registrar las Bases de Datos de Información del Crimen Nacional a través de la FBI.

VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES:

1. ¿Ha sido arrestado alguna vez por cualquier tipo de ofensa criminal (delito grave o delito menor) en este estado o cualquier otro estado? Si No

En caso afirmativo, favor de explicar (usar otra hoja de papel si es necesario):

2. ¿Ha sido condenado o acusado en una denuncia oficial criminal aceptada por un abogado de distrito o condado -por un delito menor o un delito grave- en este estado o en cualquier otro estado? Si No

En caso afirmativo, favor de explicar (usar otra hoja de papel si es necesario):

3. ¿Nunca ha estado en libertad condicional (deferred probation / probation / parole) por un delito menor o un delito grave - en este estado o en cualquier otro estado? Si No

En caso afirmativo, favor de explicar (usar otra hoja de papel si es necesario):

VERIFICACIÓN Del REGISTRO CENTRAL (Historial de Abuso y Negligencia):

TDFPS también registra sus propios archivos para determinar si alguna persona mayor de 14 años en su hogar ha sido confirmada de abuso o negligencia.

4. ¿Nunca ha sido investigado por abuso o negligencia en este estado o en cualquier otro estado? Si No
En caso afirmativo, favor de explicar (usar otra hoja de papel si es necesario):

Firma: _____

Fecha: _____

LUTHERAN SOCIAL SERVICES OF THE SOUTH, INC.
AUTHORIZATION FOR CRIMINAL HISTORY AND CENTRAL REGISTRY CHECK

LSS Office/Dept: _____

I / Yo, _____, give permission to Lutheran Social Services of the South, Inc., (LSS) to check law enforcement and Central Registry Check records for any history of convictions and/or allegations of child abuse as well as a driving record check, if necessary. **This information will be considered confidential and only released to the State of Texas or other states, as required.**
 concedo permiso a Lutheran Social Services of the South, Inc., (LSS) para verificar cumplimiento de la ley y antecedentes del registro que compruebe si hay antecedentes de condenas y / o denuncias de abuso infantil tanto como revisión de chequeo de manejo. **Esta información será considerada confidencial y sólo se comunicarán al Estado de Texas o de otros Estados, según sea necesario.**

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Initial / Inicial <input type="checkbox"/> 24 Month Recurring / 24 meses recurrente <input type="checkbox"/> FBI check required / Chequeo de FBI requerido <input type="checkbox"/> Transfer Foster Parent / Familia en proceso de transferir <input type="checkbox"/> Home Health Nurse / Enfermeros de agencias de salud | | | |
| Social Security Number / Numero de Seguro Social (attach copy / apegue copia) | | ID Type- Drivers License or ID Number-State (Attach Copy) Tipo de identificacion – licencia de conducir o numero de identificacion (apegue copia) | |
| First Name / Primer nombre | | Middle Name / Segundo Nombre | Last Name / Apellido |
| Street Address / Domicilio | | City / Ciudad | State / Estado Zip /Codigo postal |
| County / Condado | Telephone Number / Numero de Telefono | Date of Birth / Fecha de nacimiento | Gender / Sexo <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino |
| <p>You must list all other cities in Texas where there has been residency. If you lived outside of Texas in the previous 5 years you must also list previous address(es) outside of Texas, including the county: Usted debe escribir una lista de otras ciudades en Texas donde usted ha residido. Si vivió fuera de Texas en los últimos cinco años deberá anotar la dirección anterior (es) fuera de Texas, incluyendo el condado:</p> | | | |
| Relationship of person to Lutheran Social Services / Relacion de la persona a Lutheran Social Services <input type="checkbox"/> Staff / Personal <input type="checkbox"/> Foster Parent / Padre Temporal <input type="checkbox"/> Adoptive Parent / Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Respite/Babysitter for / Cuidador temporal para _____ family / familia <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ <input type="checkbox"/> Household Member of / Miembro de _____ family / familia Foster Parent's or Adoptive Parent's Relationship to Children being placed at time of Background Check: Relacion de los Padres Temporales / Adoptivos a niños que van a ser colocados durante el tiempo de hacer el chequeo de antecedentes <input type="checkbox"/> Relative / Familiares <input type="checkbox"/> Fictive Kin / Parientes Ficticios <input type="checkbox"/> Unrelated / No relacionados | | | |
| Ethnicity (must accompany race) / Etnicidad (Debe de acompañar raza) <input type="checkbox"/> Hispanic / Hispano <input type="checkbox"/> Other / Otro | | Race / Raza <input type="checkbox"/> White / Blanco <input type="checkbox"/> Asian / Asiatico <input type="checkbox"/> Pacific Islander / Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Black / Raza Negra <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native / Nativo Americano o Nativo de Alaska | |
| Other Names used - First Name / Otros nombres usados – Primer Nombre | | Middle Name / Segundo Nombre | Last Name / Apellido |

**I understand that background checks and driving record checks will be submitted as necessary to meet LSS policy and procedures for as long as I am affiliated with Lutheran Social Services of the South, Inc.
Entiendo que la revisión de antecedentes incluyendo historial de manejo se presentarán como sea necesario para cumplir con la política y procedimiento de LSS durante el tiempo que estoy afiliado con Lutheran Social Services of the South, Inc.**

Signature / Firma

Date / Fecha

**LUTHERAN SOCIAL SERVICES OF THE SOUTH, INC.
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

1. **Full Name (Print):** _____

2. **Date of Birth:** _____ **Social Security No.:** _____

3. **I authorize** _____ **to disclose records/protected health information** identified in section (4) below. See 45 CFR §164.508(c)(1)(ii)

4. **I request that the following information be released:**

Records:

- Information to current or former foster parents/adoptive parents or clients including verification documentation, training, current fire and health inspections, and other documents as per DFPS Minimum Standards.
- Background information to/from another child placing agency as per DFPS Minimum Standards including but not limited to screening report, home study and related documents, supervisory visits and evaluations, record of deficiencies and resolutions, current fire and health inspections, development plan, corrective action plan(s), description of any imposed or potential service limitation, DFPS investigations and serious incidents, PRIDE training and any other current training, floor plan with evacuation route and room dimensions, TB test results for all household members, and if applicable any correspondence regarding the closing of the home.
- Other: _____

Health Information: See 45 CFR §164.508(c)(1)(i)

Dates of Treatment Requested: _____

Check the box(es) which best describes the information to be released and disclosed.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> All Records | <input type="checkbox"/> Medication/Prescription Records | <input type="checkbox"/> Radiology/X-Ray Reports |
| <input type="checkbox"/> Billing records | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports | <input type="checkbox"/> Echo Reports |
| <input type="checkbox"/> Physician Office/Progress Notes | <input type="checkbox"/> Consent Forms | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

5. **I understand the information to be released or disclosed may include** information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), psychological or psychiatric treatment, behavioral or mental health services, and drug and alcohol abuse. Drug and alcohol records are protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit anyone receiving this information or record from making further release unless further release is expressly permitted by the written authorization of the person to whom it pertains or is otherwise permitted. By signing below, you authorize the release or disclosure of this type of information.

6. **I request that the records and/or health information be released and disclosed to:** See 45 CFR §164.508(c)(1)(iii)

Name (individual or Organization): _____

Address: _____

Telephone Number: _____ Fax Number: _____

7. **The purpose or reason this information is needed: (check all which apply)** See 45 CFR §164.508(c)(1)(iv)

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Legal Purpose | <input type="checkbox"/> Medical Care | <input type="checkbox"/> Social Security Disability |
| <input type="checkbox"/> Insurance | <input type="checkbox"/> Military | <input type="checkbox"/> Workers Compensation |
| <input type="checkbox"/> Personal Use | <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> VA medical Center |
| <input type="checkbox"/> Transferring CPA | <input type="checkbox"/> Other _____ | |

Name of Attorney or Insurance Company: _____

(Social Security, Workers Comp and VA medical Center requests require documentation of a pending claim.)

8. **I understand the following:** See 45 CFR §164.508(c)(2)(i-iii)

1. I have a right to revoke this authorization in writing at any time.
2. The information released in response to this authorization may be re-disclosed to other parties
3. My treatment or payment for my treatment cannot be conditioned on the signing of this authorization.
4. I may be charged a fee for copies of these medical records according to State and Federal Laws.

9. **This authorization will expire One Hundred Eighty (180) days from the date signed below.** See 45 CFR §164.508(c)(1)(v)

Signature of Requestor/Legally Authorized Representative/Caregiver 1
See 45 CFR §164.508(c)(1)(vi)

Date Signed

Relationship of Legally Authorized Representative to Requestor
See 45 CFR § 164.508 (c)(1)(iv)

Telephone Number

Signature of Caregiver 2 or Spouse's Signature

Date Signed

Address: _____

For questions call _____ **or email** _____

Fax completed form to: _____