

Rappahannock United Way-CharityTracker
 Programa de Administración de Casos de Intercambio de Información-CharityTracker
FORMA DE INFORMACION PERSONAL (ROI)

Apellido del Cliente: _____ Nombre: _____ INICIAL del Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

/ /
 Mes / Día / Año

La Rappahannock United Way *consunombrelegalaquíreferidocomo"CharityTracker"*, es un programa compartido, que CharityTracker, mantiene un sistema computarizado de registros que captura información de personas que están necesitando servicios de emergencia, incluyendo pero no limitado a la asistencia de pagos de servicios básicos como de luz y agua, medicamentos, pagos de renta o de hipoteca de casa, etc. Rappahannock United Way (Agencia Administradora) administradores de CharityTracker en nombre de las agencias participantes en este programa de la Red de Asistencia CharityTracker, incluyendo Ellie's Elves (Agencia Participante).

Yo entiendo que toda mi información aquí proporcionada es personal y privada y que yo no tengo porque participar en este programa de CharityTracker. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca este sistema de CharityTracker y de revisar la información básica aquí identificada, que es autorizada por esta forma de información personal para ser compartida por todas las Agencias Participantes en la Red de Asistencia de CharityTracker. Yo también entiendo que información de servicios no-confidenciales que se me es proporcionada por agencias participantes de CharityTracker puede ser compartida con otras Agencias Participantes de CharityTracker. Esta información personal proporcionada se mantendrá en nuestra base de datos por tres años a partir de la fecha estipulada bajo mi firma en la parte de de bajo de esta página solamente que yo le haga una petición formal a esta Organización donde yo ya no desee participar con CharityTracker.

Nombres de Dependientes	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
_____	_____	XXX - XX - _____
_____	_____	XXX - XX - _____
_____	_____	XXX - XX - _____
_____	_____	XXX - XX - _____

Yo autorizo Ellie's Elves, como Agencia Participante de CharityTracker, compartir mis servicios básicos y no-confidenciales de transacciones e información con otras Agencias Participantes de CharityTracker. Yo autorizo el uso de una copia de esta original para que sirva como una original para los propósitos ya señalados en la parte de arriba. Adicionalmente yo autorizo Ellie's Elves (Agencia Participante), como Agencia Participante de CharityTracker, compartir la información básica y no-confidencial de servicios e información de transacciones de mis dependientes con otras agencias participantes de CharityTracker.

La original de esta Forma de Información debera de permanecer en los archivos de esta Agencia por un minimo de tres anos despues de su fecha de vencimiento. The original of this release shall be kept on file with the Agency for a minimum of three years from its expiration date.

X _____ Firma del Cliente y/o del Padre-Tutor Legal Autorizando la Firma _____ Fecha	X _____ Firma del Representante de la Agencia _____ Fecha
--	---