Washington State Department of Social & Health Services

ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)

批准提供安全收入津贴(SSI)福利协助记录

Authorization for SSI Facilitation Records

请使用此表格授权社会福利服务部(DSHS)财务服务管理处(ESA)向协助您办理 SSI 手续的人士提供您的相关情况。您曾请求提供您的 SSI 福利申请记录，该项请求将被呈递给一位协办员，以便提供所需的情况。 切勿使用此表格提出公共记录披露请求。以此方式提出的请求将不会呈递至有关部门。若需索取公共记录法案所涵盖的记录文件，请使用 DSHS 表格 17-063。

授权披露以下列名者的记录：

姓	名字	中间名	出生日期	社会安全号码

接受服务者身份识别号码 若知道则请填写	曾用名

情况接受方：

姓	名字	中间名	职务

组织或企业名称（若适用则请填写）

地址	城市	州	邮政编码

电话号码（请包括地区号码）	传真号码	电子邮件地址

本人授权 DSHS 披露以下全部情况，除非我已删划掉这些情况：

- 艾滋病毒感染/艾滋病和性传染病测试结果、诊断或诊疗记录
- 心理健康档案记录
- 酒瘾或毒瘾戒除(CD)治疗服务记录文件

- 本人可以随时采用书面形式撤销我的同意，但这不会影响已经披露的情况。
- 本人明白，向情况请求者披露我的记录后，适用于 DSHS 的法律可能无法再保护这些记录。
- 从签署之日起，此项授权的有效期为一年
- 本人的福利待遇或服务并不取决于我是否签署此表格。
- 本人有权获得此表格的副本。

授权人：

签名	日期	电话号码（请包括地区号码）

工整填写之姓名	见证人（请根据需要填写）

如果本人并非上述记录所涉及者，本人仍有权签署此授权书，因为我是（请随附权限证明）：☐ 未成年人的家长
☐ 法定监护人 ☐ 私人代表 ☐ 其它：

Barcode label

17211