



General Release of Information

This authorization may be used to permit a covered entity to use or disclose an individual's general information. Individuals completing this form should read the form in its entirety before signing and complete all the sections that apply.

Client Name: _____ **Date of Birth:** _____

Previous Name/s (aka): _____ **TCP ID Number:** _____

I Authorize (name, address, phone, fax): _____

To release information to: ***The Caring Place – Programs and Services***
2001 Railroad Avenue
Georgetown Texas 78626-7740
512-943-0700 Phone 512-943-0741 Fax

Specific information to be disclosed:

- Rent or utility amount due
- Verification of residency
- Verification of employment
- Please Specify: _____

Reason for release of information:

- Financial Assistance
- Support Services
- Coordination of Services

The individual signing this form agrees and acknowledges as follows:

- (i) **Voluntary Authorization:** This authorization is voluntary. Enrollment or eligibility for benefits (as applicable) will not be conditioned upon my signing of this authorization form.
- (ii) **Effective Time Period:** This authorization shall be in effect until the earlier of two (2) years after the death of the patient for whom this authorization is made or the following specified date: _____.
- (iii) **Right to Revoke:** I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the person or entity listed above. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
- (iv) **Signature Authorization:** I have read this form and agree to the uses and disclosure of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURES:

Client: _____ **Witness:** _____

Date: _____



Divulgación General de Información

Esta autorización puede utilizarse para permitir que una entidad cubierta utilice o divulgue la Información general de una persona. Las personas que completen este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar, y complete todas las secciones que se aplican.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre/s anteriores (aka): _____ Numero ID del TCP: _____

Yo autorizo a (nombre, dirección, teléfono, fax): _____

para liberar información a: **The Caring Place – Programs and Services**
2001 Railroad Avenue
Georgetown Texas 78626-7740
512-943-0700 Phone 512-943-0741 Fax

Información específica que debe divulgarse: Motivo de la divulgación de la información:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Monto de alquiler o de
utilidad adeudado | <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera |
| <input type="checkbox"/> Verificación de residencia | <input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Verificación del empleo | <input type="checkbox"/> Coordinación de Servicios |
| <input type="checkbox"/> Por favor especifique: | |

El individuo que firma este formulario está de acuerdo y reconoce lo siguiente:

- (i) **Autorización Voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. Inscripción o elegibilidad para beneficios (según corresponda) no será condicionada a mi firma de este formulario de autorización.
- (ii) **Período de Tiempo Efectivo:** Esta autorización estará vigente hasta el anterior de dos (2) años después de la muerte del paciente para el cual se realiza esta autorización o la fecha especificada siguiente: _____.
- (iii) **Derecho de Revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o a la entidad de atención médica indicada arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- (iv) **Autorización de Firma:** He leído este formulario y acepto los usos y la divulgación de la información tal como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de la información de salud que ha ocurrido antes de la revocación o que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a revelación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMAS:

Cliente: _____ Testigo: _____

Fecha: _____