

[APPROPRIATE AGENCY LETTERHEAD]

READ FIRST: Before you decide whether or not to let [Program/Agency Name] share some of your confidential information with another agency or person, an advocate at [Program/Agency Name] will discuss with you all alternatives and any potential risks and benefits that could result from sharing your confidential information. If you decide you want [Program/Agency Name] to release some of your confidential information, you can use this form to choose what is shared, how it's shared, with whom, and for how long.

I understand that [Program/Agency Name] has an obligation to keep my personal information, identifying information, and my records confidential. I also understand that I can choose to allow [Program/Agency Name] to release some of my personal information to certain individuals or agencies.

I, _____, authorize [Program/Agency Name] to share the following specific information with:
name

Who I want to have my information:	Name:
	Specific Office at Agency:
	Phone Number:

The information may be shared: in person by phone by fax by mail by e-mail
 I understand that electronic mail (e-mail) is not confidential and can be intercepted and read by other people.

What info about me will be shared:	(List as specifically as possible, for example: name, dates of service, any documents).
Why I want my info shared: (purpose)	(List as specifically as possible, for example: to receive benefits).

Please Note: there is a risk that a limited release of information can potentially open up access by others to all of your confidential information held by [Program/Agency Name].

I understand:

- That I do not have to sign a release form. I do not have to allow [Program/Agency Name] to share my information. Signing a release form is completely voluntary. That this release is limited to what I write above. If I would like [Program/Agency Name] to release information about me in the future, I will need to sign another written, time-limited release.
- That releasing information about me could give another agency or person information about my location and would confirm that I have been receiving services from [Program/Agency Name].
- That [Program/Agency Name] and I may not be able to control what happens to my information once it has been released to the above person or agency, and that the agency or person getting my information may be required by law or practice to share it with others.

Expiration should meet the needs of the victim, which is typically no more than 15-30 days, but may be shorter or longer.

This release expires on _____
Date Time

I understand that this release is valid when I sign it and that I may withdraw my consent to this release at any time either orally or in writing.

Date: _____

Signed: _____

Time: _____

Witness: _____

Reaffirmation and Extension (if additional time is necessary to meet the purpose of this release)

I confirm that this release is still valid, and I would like to extend the release until _____
New Date New Time

Signed: _____

Date: _____

Witness: _____

[PAPEL CON MEMBRETE APROPIADO DE LA AGENCIA]

Lea Primero: Antes de que usted decida si desea que [Programa/Nombre de Agencia] comparta información confidencial con otra agencia o persona, un abogado de [Programa/Nombre de Agencia] discutirá con usted todas las alternativas y cualquier riesgo y ventajas potenciales que podrían resultar por compartir su información confidencial. Si usted decide que si desea que [Programa/Nombre de Agencia] comparta alguna información personal confidencial, usted puede utilizar este formulario para elegir lo qué se comparte, cómo se comparte, con quien, y por cuánto tiempo.

Entiendo que [Programa/Nombre de Agencia] tiene la obligación de mantener confidencial mi información personal, información de identificación personal, y mis expedientes. También entiendo que puedo permitir que el [Programa/Nombre de Agencia] comparta algo de mi información personal con ciertos individuos o agencias.

Yo, _____, autorizo a [Programa/Nombre de Agencia] que comparta la siguiente información específica con:

A quien deseo que tenga mi información:	Nombre:
	Oficina específica dentro de la Agencia:
	Numero de Teléfono:

La información puede ser compartida:

- en persona por teléfono por fax por correo por correo electrónico
- Entiendo que el correo electrónico (E-mail) no es confidencial y puede ser interceptado y leído por otras personas.

Qué información sobre mí será compartida:	(Anote lo más detalladamente posible, por ejemplo: nombre, fechas del servicio, cualquier documento).
Porqué deseo compartir mi información: (propósito)	(Anote lo más detalladamente posible, por ejemplo: para recibir beneficios del estado).

Por favor tome nota: existe el riesgo de que un lanzamiento limitado de su información potencialmente podría abrirle el acceso a otros a toda su información confidencial guardada por [Programa/Nombre de Agencia].

Yo entiendo:

- Que no tengo que firmar un formulario del lanzamiento. No tengo que permitir que [Programa/Nombre de Agencia] comparta mi información. El firmar un formulario de divulgación es totalmente voluntario. Que esta autorización está limitada a lo que he escrito arriba. Si quisiera que [Programa/Nombre de Agencia] divulgue mi información en el futuro, necesitaré firmar otra autorización por tiempo limitado y por escrito.
- Que al divulgar información sobre mí podría darle información a otra agencia o persona sobre mi ubicación y podría confirmar que he estado recibiendo servicios de [Programa/Nombre de Agencia].
- Que [Programa/Nombre de Agencia] y yo tal vez no podremos controlar lo qué suceda con mi información una vez haya sido divulgada a la persona o a agencia antedicha, y que la agencia o persona que obtenga mi información se le pueda requerir por ley o práctica compartirla con otros.

La expiración debe considerar las necesidades de la víctima, que es típicamente no más de 15-30 días, pero puede ser más o menos tiempo.

Esta autorización se vence el _____ **Fecha** _____ **Hora**

Entiendo que este formulario es válido cuando lo firmo y puedo retirar mi consentimiento a este en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Fecha: _____

Firma: _____

Hora: _____

Testigo: _____

Reafirmación y extensión (si tiempo adicional es necesario para resolver el propósito de ésta divulgación)

Confirmando que esta autorización sigue siendo válida, y quisiera extender la autorización hasta _____ **Nueva Fecha** _____ **Nueva Hora**

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Testigo:** _____