

Modelo de formulario de autorización para la solicitud de HFS Agent

[Debe ponerse en la solicitud el membrete de una organización gentil]

Nombre y dirección de la organización del agente de aplicación:

Solicitud Agent Número de teléfono de la organización y correo electrónico:

Aplicación Un nombre de empleado gentil que ayuda con esta aplicación:

1. Aplicación A programa gent

El Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés) se asocia con las Organizaciones de La Solicitud A para ayudar a las personas o familias a completar las solicitudes de beneficios de salud (Medicaid), SNAP o TANF. HFS ha proporcionado a las organizaciones de la solicitud A gent capacitación e información sobre el proceso de solicitud y la elegibilidad para estos beneficios. La Organización de La Aplicación A Gent puede informarle sobre cada programa para el cual puede ser elegible y ayudarlo a solicitar beneficios, si desea esa ayuda.

2. Consentimiento

Doy mi permiso a [[Organización de agentes de solicitud](#)] para recopilar, almacenar, usar y divulgar mi información personal para ayudarme a solicitar Medicaid, SNAP, TANF y otra asistencia estatal proporcionada por IDHS y HFS. Entiendo que mi información personal es necesaria para solicitar estos programas. También doy mi permiso a [[Organización de agentes de aplicaciones](#)] para acceder, usar y divulgar mi información personal para llevar a cabo actividades requeridas por la ley o regulación estatal. Doy mi permiso a HFS e IDHS para compartir información relacionada con mi solicitud, elegibilidad o renovación de beneficios estatales con [[Organización de agentes de solicitudes](#)].

3. Información adicional

- a. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.
- b. No tengo que proporcionar ninguna información al agente de aplicación que no quiera proporcionar. Sin embargo, es posible que la solicitud uncaballero no pueda ayudarme si la información que proporciono es inexacta o incompleta. Soy responsable de proporcionar información precisa y completa.
- c. El Agente de Aplicaciones me pedirá que proporcione solo la cantidad mínima necesaria de información personal que sea necesaria para ayudarme.
- d. El agente de la aplicación debe asegurarse de que mi información personal se mantenga privada y segura al recopilar, acceder, almacenar, usar y divulgar mi información personal.
- e. El agente de la aplicación no puede cobrarme una tarifa por ayudar con mi solicitud.

Por favor, firme y ponga fecha al siguiente formulario:

Firma del consumidor

Fecha

Nombre del cliente impreso

Nombre del representante autorizado
impreso
(si procede)

Método de contacto preferido del cliente
(dirección, teléfono o correo electrónico)