



Consent to Release Referral Information

Santa Cruz County Employment & Benefit Services Division (EBSD) would like to assist in linking you and your family to additional resources. EBSD may use this release to provide basic demographic information (e.g. name, age, phone number, etc.) to partner agencies, and based on individual program eligibility; agencies may reach out to you to offer their services. At that time, you may accept or decline their services.

Applicant/Participant:

I _____ authorize the release of information between EBSD and various partner agencies for the purpose of referral for service.

Types of Services Provided by Partner Agencies:

- Childcare
- County Health Services
- Domestic Abuse Service
- Housing Services
- Learning Disability Evaluations
- Legal Services
- Pregnancy and Parenting resources
- Training Programs

Duration of Release Authorization:

I authorize this release to expire on the following date or event (check one):

12 months after CalWORKs case closure 12 months from today's date

Authorization:

- I understand that this release is effective for the duration checked above.
- I understand that I can revoke this release at any time in writing.
- I understand that my decision to sign this release and my choice to participate in partner agency programs does not impact my CalWORKs eligibility.

Applicant/Participant Signature

Date

Case Number

County Use Section:

County Representative

Date

Release Obtained: ___ In-Person ___ Telephone ___ DocuSign



Autorización para compartir información de referencia

La División de Servicios de Empleo y Beneficios del Condado de Santa Cruz (EBSB) le gustaría asistirle a usted y a su familia con recursos adicionales. EBSB puede utilizar esta autorización para compartir información demográfica básica (ej. nombre, edad, número de teléfono, etc.) con organizaciones asociadas, y basado en la elegibilidad individual al programa; las organizaciones puede contactarle para ofrecer sus servicios. En ese momento, usted puede aceptar o rechazar sus servicios.

Solicitante/Participante:

Yo, _____ autorizo la divulgación de información entre EBSB y varias organizaciones asociadas con el proposito de referencia para servicio.

Tipos de Servicios Proveídos por Organizaciones Asociadas:

- Cuidado infantil
- Servicios de Salud del Condado
- Servicios de Abuso Doméstico
- Servicios de Vivienda
- Evaluaciones de Discapacidad de Aprendizaje
- Servicios Legales
- Recursos de Embarazo y Crianza
- Programas de Entrenamiento

Duración de la Autorización Para Compartir Información:

Yo autorizo que la divulgación de información termine en la siguiente fecha o evento (seleccione una):

- 12 meses después de la fecha de cierre del caso
 CalWORKs 12 meses a partir de la fecha de hoy

Autorización:

- Yo entiendo que la divulgación es efectiva solo por la duración elegida anteriormente.
- Yo entiendo que puedo revocar esta divulgación por escrito en cualquier momento.
- Yo entiendo que mi decisión de firmar esta divulgación y mi elección a participar en organizaciones asociadas no impacta mi elegibilidad de CalWORKs.

Firma de Solicitante/Participante

Fecha

Número de Caso

Sección usada por el Condado:

Representante del Condado

Fecha

Divulgación obtenida: ____ En persona ____ Teléfono ____ DocuSign