



BIENESTAR INFANTIL: CONSENTIMIENTO PARA ENTREGAR EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL CHILD WELFARE: CONSENT TO RELEASE SOCIAL SECURITY NUMBER

Formulario del Estado 54253 (5-10) / CW 3230S
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS

Según el Código de Indiana (IC) 4-1-10, yo, _____, a través de mi firma a continuación, otorgo Permiso al Departamento de Servicios para Niños a entregar el número del Seguro Social mío / de mis niños a las entidades listadas e indicadas a continuación:

Nombre del padre o tutor legal <i>(por favor use letra de molde)</i>				
Entidad(es)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Centro de salud mental	<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Familiares
<input type="checkbox"/> Recursos de colocación	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> CASA / GAL	<input type="checkbox"/> Otros proveedores de servicio
Nombre del proveedor				

Nombre del niño <i>(por favor use letra de molde)</i>				
Entidad(es)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Centro de salud mental	<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Familiares
<input type="checkbox"/> Recursos de colocación	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> CASA / GAL	<input type="checkbox"/> Otros proveedores de servicio
Nombre del proveedor				

Nombre del niño <i>(por favor use letra de molde)</i>				
Entidad(es)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Centro de salud mental	<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Familiares
<input type="checkbox"/> Recursos de colocación	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> CASA / GAL	<input type="checkbox"/> Otros proveedores de servicio
Nombre del proveedor				

Nombre del niño <i>(por favor use letra de molde)</i>				
Entidad(es)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Centro de salud mental	<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Familiares
<input type="checkbox"/> Recursos de colocación	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> CASA / GAL	<input type="checkbox"/> Otros proveedores de servicio
Nombre del proveedor				

Nombre del niño <i>(por favor use letra de molde)</i>				
Entidad(es)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Centro de salud mental	<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Familiares
<input type="checkbox"/> Recursos de colocación	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> CASA / GAL	<input type="checkbox"/> Otros proveedores de servicio
Nombre del proveedor				

Nombre del niño <i>(por favor use letra de molde)</i>				
Entidad(es)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Centro de salud mental	<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Familiares
<input type="checkbox"/> Recursos de colocación	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> CASA / GAL	<input type="checkbox"/> Otros proveedores de servicio
Nombre del proveedor				

La provisión de servicios puede incluir pero no se limita a: un evaluador de la paternidad, instituciones para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, servicios de asesoramiento domiciliario.

La colocación puede incluir pero no se limita a: casas de crianza con licencia, casas para grupos, guarderías infantiles, agencias de colocación infantil y otros sitios.

Entiendo que la información del Seguro Social mía / de mis niños no se compartirá con nadie que no sean las personas o entidades indicadas en este formulario de consentimiento. Este formulario de consentimiento es válido por un período de dos años desde la fecha de su firma y si su necesidad continúa, se deberá firmar un nuevo formulario de consentimiento cuando llegue el momento de su vencimiento.

Firma del padre o tutor legal	Fecha <i>(mes, día, año)</i>
Nombre en letra de molde del padre o tutor legal	