

RELEASE OF INFORMATION

I, _____, hereby give permission to ACS to give
(Name of Applicant)

information about my application for HUSKY health insurance benefits to

(Name of Organization or Staff Member)

This permission to release information shall be effective until the earlier of the following two dates:

1. The date ACS or the Department of Social Services takes final action on my applications.
2. The date I advise ACS in writing that I no longer want them to release any information to the above named organization or individual.

(Signature)

(Date)

Autorización de Compartir Información

Yo, _____, doy la autorización
(nombre de solicitante)

a ACS a compartir información sobre mi solicitud para el programa de seguro medico de HUSKY con

(nombre de la agencia o la persona)

Esta autorización para compartir infomación es efectiva hasta la fecha más pronta de las siguientes:

- (1) La fecha en que ACS o el Departamento de Servicios Sociales toma una decisión final sobre mi solicitud;

La fecha en que yo notifico por escrito a ACS que ya no quiero que compartan infomación con

(nombre de la agencia o la persona)

(Nombre de solicitante)

(Fecha)