



---

## COVID-19 Rental Assistance Program

### Autorización para la divulgación de información

Nombre de Solicitante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de solicitante), autorizo SC Thrive que comparta cualquier información que divulgue en mi solicitud al programa de asistencia de renta de SC Thrive y el estado de mi solicitud u otra información relacionada con mi solicitud a \_\_\_\_\_ (nombre de la persona u organización autorizada). Este acceso es concedido de modo que \_\_\_\_\_ (nombre de la persona u organización autorizada) puede servir como intérprete para SC Thrive y para que puede solicitar de los solicitantes cualquier información que la solicitud falte. Además, esta autorización permite a SC Thrive revelar el estado de la solicitud a personas distintas del solicitante.

Al firmar esta autorización, entiendo que:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo al SC Thrive. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización
- He leído y entiendo esta autorización, y autorizo el uso y divulgación de información acerca del solicitante designado como se describe en esta autorización.

\_\_\_\_\_

Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_

Nombre de Solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha