



Authorization to Exchange Information
(Autorización para Compartir e Intercambiar Información)

I authorize The Arc of King County and the following individuals/organizations to exchange information regarding:

(Autorizo a The Arc of King County y a las siguientes personas/organizaciones a compartir e intercambiar información sobre:)

Name (nombre) / Date of Birth (Fecha de nacimiento)

Organizations/Individuals (Organizaciones/Personas):

Information to be exchanged (Información a compartir e intercambiar):

Person authorizing exchange of information (Persona que autoriza a compartir e intercambiar la información):

- Self (La persona sobre la cual se intercambiará información)
Guardian* (Guardián legal*)
Parent of a minor (Padre de un menor)
Other* (Otro*)

Print name (Nombre):

Signature (Firma):

Date (Fecha):

Authorization valid one year from date signed unless otherwise indicated (La autorización es válida por un año desde la fecha en la cual fue firmada, a menos que se indique lo contrario):

Updated September 2020

For people with intellectual and developmental disabilities

The Arc of King County - 233 6th Avenue North, Seattle, WA 98109
PHONE: 206.364.7053 FAX: 206.364.8140
EMAIL: ask@arcokingcounty.org



Authorization to Exchange Information (Autorización para Compartir e Intercambiar Información)

<p><u>Purpose</u> The Arc of King County can help you better if we are able to work with other agencies or individuals who know you, or who are working with you. By signing this form you are giving permission for The Arc of King County and the agencies and individuals listed to share confidential information about you.</p> <p><u>Instructions</u> Organizations/ Individuals: You can be specific and include names, and contact details. You can be general. For example, “Health care professionals” or “DSHS”</p> <p>Information to be exchanged (Información que se compartirá e intercambiará):</p> <ul style="list-style-type: none"> - You may be as general or specific as you wish. For example, <ul style="list-style-type: none"> o Specific “details relating to my section 8 voucher application” or o General “information related to my housing” - If the person’s information includes information about the following, information may only be shared if it is mentioned under “Information to be exchanged” <ul style="list-style-type: none"> o Mental health o HIV/AIDS and STD test results diagnosis or treatment o Chemical Dependency or drug and alcohol abuse <p>Person authorizing exchange of information (Persona que autoriza a compartir e intercambiar la información)</p> <ul style="list-style-type: none"> - * This authorization may be ineffective without a copy of the legal authorization to act on behalf of this person. - If the person signing used and X or a mark, also include their phone and address as well as a witness’ signature. <p><i>Releases of Information may also be revoked at any time by notifying The Arc of King County with a written signed statement. It will not affect any information already shared.</i></p>	<p><u>Propósito</u> The Arc of King County puede ayudarlo mejor si somos capaces de trabajar con otras agencias o personas que lo conocen o que ya están trabajando con usted. Al firmar esta autorización, usted está dando permiso a The Arc of King County y a las agencias y personas mencionadas en él a compartir información confidencial acerca de usted.</p> <p><u>Instrucciones</u> Organizaciones/ Personas: Usted puede ser específico e incluir nombres y la información de contacto. Usted puede generalizar, por ejemplo: “Profesionales del Cuidado de la Salud” o “DSHS”</p> <p>Información que se compartirá e intercambiará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usted puede ser tan específico o general como lo desee. Por ejemplo, <ul style="list-style-type: none"> o Específico “detalles relacionados con mi aplicación para el cupón de Sección 8 o o General “información relacionada con mi vivienda” - Si la información de la persona incluye detalles abajo mencionados, esta solo puede ser compartida si se menciona en “Información para ser compartida e intercambiada” <ul style="list-style-type: none"> o Salud Mental o HIV/SIDA y diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD) o Dependencia química o abuso de drogas y alcohol <p>Person authorizing exchange of information (Persona que autoriza a compartir e intercambiar la información)</p> <ul style="list-style-type: none"> - *Esta autorización puede ser ineficaz o no válida sin una copia de la autorización legal para actuar en nombre de esta persona. - Si la persona que firma utiliza una X o una marca al firmar, incluir también su teléfono y dirección, así como la firma de un testigo. <p><i>Esta autorización puede ser revocada o cancelada en cualquier momento notificando a The Arc of King County con una nota escrita y firmada. Esta revocación no afectará ninguna información que ya haya sido compartida.</i></p>
--	--

Updated September 2020

For people with intellectual and developmental disabilities

The Arc of King County - 233 6th Avenue North, Seattle, WA 98109
 PHONE: 206.364.7053 FAX: 206.364.8140
 EMAIL: ask@arcofkingcounty.org