ALAMEDA COUNTY
COMMUNITY
FOOD BANK

Food Stamp Promotion & Outreach Campaign

Authorization for Release of Information

I voluntarily authorize the **Alameda County Social Services Agency** to release any and all information about my case to the **Alameda County Community Food Bank** staff and advocates, for the purpose of providing assistance during my application process and as needed, while my case is active.

I am authorizing the release of all past information as well as any information created within 12 months after the date this authorization is signed. I authorize the use of a copy of this form for the disclosure of the information described above. I understand that this information will be used only for the purpose of helping to document my eligibility for food stamp benefits. This authorization is good for 12 months from the date signed or until revoked by me in writing.

Autorización Para Revelar Información

Yo voluntariamente autorizo a **Alameda County Social Services Agency** (Agencia de Servicios Sociales) que revele información mia al personal de **Alameda County Community Food Bank** (Banco de Comida). Esta información incluye información acerca de mi caso de estampillas para comida para el propósito de recibir asistencia durante mi proceso de aplicación y cuando sea necesario durante el tiempo en el cual mi caso este activo.

Yo autorizo que la información que sera revelada incluya información mia previa, al igual que información creada dentro de 12 meses despues de que esta autorización es firmada y fechada. Entiendo que esta información solo sera usada para el propósito de recibir ayuda y/o documentar mi eligibilidad para beneficios de estampillas para comida. Esta autorización es valida por 12 meses despues del día que es firmada o cuando yo revoqué esta información por escrito.

REQUIRED: Please Complete the Following Information
REQUERIDO: Porfavor Complete la Siguiente Información

Full Name/*Nombre Completo*: _____

Social Security Number/*Número de Seguro Social*: _____

Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*: _____

Address/*Dirección*: _____

I have read, or been read, this form and understand and agree to the disclosures described above.

Yo e leido, o me han leido, esta forma. Entiendo y acuerdo lo describido en esta forma.

Signature/*Firma*: _____ **Date/*Fecha*:** _____