

DEPARTMENT OF TRANSITIONAL ASSISTANCE
Permission to Access DTA Client Case Information

REQUEST FOR ACCESS TO CLIENT RECORD OF: _____
(Print Client's Full Name)

1. Client Information:

Date of Birth ___/___/___ Address: _____

Last 4 digits of SS#: ___ ___ ___ ___ or DTA "Agency ID" number: _____

2. I hereby authorize _____
(organization's name and city/town)

to have access to my DTA case record and case information, including any electronic records. I authorize this organization to discuss my application or benefits with a DTA case manager, supervisor, director or other DTA employee. This form is valid for 12 months unless I have stated otherwise on this form or in other communication.

3. I hereby certify that I am the client named above.

Client Signature Date

→ **Upload to DTACONnect or fax to (617) 887-8765.**

-
- This form gives permission to helping organization or other third party to speak with DTA, and for DTA to share information about the client's case. If client needs an authorized representative to sign DTA paperwork and/or get an EBT card to food shop, use DTA's Image 10 form.
 - Acceptable written authorization includes this form, a handwritten statement or DTA's Voluntary Consent to Release Information form (VARI-OI). Oral consent by the client (data subject) also acceptable. 106 CMR 104.040.

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TRANSITORIA
Permiso Para Tener Acceso a la Información del caso de DTA

SOLICITUD PARA ACCESO AL ARCHIVO DEL CLIENTE: _____
(Nombre Completo del Cliente)

1. Información del Cliente:

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Dirección: _____

Últimos 4 dígitos del NSS: ___ ___ ___ ___ o ID de la agencia DTA: _____

2. Yo autorizo a _____
(nombre y ciudad de la organización)
obtener el acceso a información de mí caso con DTA, incluyendo los documentos electrónicos. Autorizo a esta organización para hablar con DTA de mi solicitud o beneficios (con un administrador de casos del DTA, supervisor, director u otro empleado del DTA). Este formulario es válido por 12 meses a menos que he escrito una tiempo diferente en este formulario o en otro tipo de comunicación.

3. Yo certifico que yo soy el cliente nombrado arriba.

Firma del Cliente

Fecha

→ **Entregue este formulario por DTACconnect o por fax a (617) 887-8765.**

-
- Este formulario da permiso a una organización de ayuda u otra tercera persona para hablar con DTA, y DTA para compartir información sobre el caso del cliente. Si el cliente necesita un representante autorizado para firmar formularios y / u obtener una tarjeta de EBT hacer compras de comida, usar el formulario "Image 10" de DTA.

- Autorización escrita aceptable incluye este formulario, una declaración escrita por mano o el formulario de DTA “Voluntary Consent to Release Information” (VARI-OI). También, la autorización verbal del cliente es aceptable. 106 CMR 104.040.