

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN****El Solicitante o Cliente NO DEBE FIRMAR HASTA que haya llenado todos los espacios  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska**

Oficina/Unidad

Apellido  Primer Nombre  Inicial del Segundo Nombre Calle o Dirección Postal  Ciudad Estado  Código Postal  Número del Caso/Número de Seguro Social 

Yo autorizo la divulgación de información acerca de mi situación de \_\_\_\_\_ a los representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Tal información privilegiada debe ser divulgada por: (Una fuente solamente. Utilice un formulario adicional por cada fuente adicional). \_\_\_\_\_

Solamente durante un (1) año después de la fecha dada.

Firma de solicitante o cliente <b>FIRME AQUÍ</b> 	Fecha
Firma de cónyuge, si no está separado(a) del(la) solicitante o cliente <b>FIRME AQUÍ</b> 	Fecha
Firma de Testigo <b>FIRME AQUÍ</b> 	Fecha



ASD-46-S Rev. 4/08 (55096)

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN****El Solicitante o Cliente NO DEBE FIRMAR HASTA que haya llenado todos los espacios  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska**

Oficina/Unidad

Apellido  Primer Nombre  Inicial del Segundo Nombre Calle o Dirección Postal  Ciudad Estado  Código Postal  Número del Caso/Número de Seguro Social 

Yo autorizo la divulgación de información acerca de mi situación de \_\_\_\_\_ a los representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. Tal información privilegiada debe ser divulgada por: (Una fuente solamente. Utilice un formulario adicional por cada fuente adicional). \_\_\_\_\_

Solamente durante un (1) año después de la fecha dada.

Firma de solicitante o cliente <b>FIRME AQUÍ</b> 	Fecha
Firma de cónyuge, si no está separado(a) del(la) solicitante o cliente <b>FIRME AQUÍ</b> 	Fecha
Firma de Testigo <b>FIRME AQUÍ</b> 	Fecha



ASD-46-S Rev. 4/08 (55096)