

## Social Service Release of Information / *Revelar Información de Servicios Social*

PACT for West Central Illinois, 2090 Highway 24, Camp Point, IL 62320  
(ph# 217-773-3903, fax# 217-773-3906)

---

Child's Name / *Nombre el niño*: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian / *Padre/Guardián*: \_\_\_\_\_

Address / *Dirección*: \_\_\_\_\_

I hereby authorize Parent & Child Together (PACT) for West Central Illinois to release/receive the following confidential information regarding the above named individual to/from /

*Yo autorizo a Padres y Niños unidos (PACT) del Oeste Central de Illinois revelar /recibir la siguiente la siguiente información confidencial sobre la persona nombrada arriba:*

\_\_\_\_\_  
(agency or person's name / *Nombre de agencia o de persona*)

\_\_\_\_\_  
(address / *Dirección*)

\_\_\_\_\_  
(town and state / *Pueblo y Estado*)

for the purpose of / *propósito de obtener información*:

- Obtaining a copy of family service plan / *Obtener copia de plan familiar***
- Scheduling medical/dental appointments / *Programar citas médicas o dentales*
- Sharing/coordinating educational information / *Compartir/Coordinar información educativa*
- Obtaining services / *Obtener servicios*
- Other / *Otro* \_\_\_\_\_

I understand that this release will allow for two-way conversation between the provider(s) and PACT personnel concerning planning, goal setting, etc. I understand that I may revoke this authorization by giving written notice. However, revoking this release will not have effect on actions taken by providers to whom the release was sent before revocation. I understand that the information used or disclosed can be subject to re-disclosure by the agency receiving it and is not protected by the federal privacy regulations. However, PACT does not re-disclose information unless a written authorization is requested and signed by the parent(s). I understand that this authorization is valid for one year from the date signed, or until I revoke it in writing to the agency releasing information.

*Entiendo que esta revelación permitirá mantener una conversación bidireccional entre el proveedor(s) y el personal de PACT en relación con la planificación, la fijación de objetivos, etc. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación por escrito. Sin embargo, la revocación de esta versión no tendrá efecto sobre las acciones adoptadas por los proveedores a los que la revelación fue enviada antes de la revocación. Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la organización que la recibió y no está protegida por las regulaciones federales de privacidad. Sin embargo, PACT no volverá a revelar información a menos que se solicite y este autorizada en escrito por el padre. Entiendo que esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma, o hasta que yo lo revoque por escrito a la agencia de la divulgación de información.*

Signature / *Firma*: \_\_\_\_\_ Date / *Fecha*: \_\_\_\_\_