

- HEAD START
- EARLY HEAD START
- OREGON HEAD START PRE-KINDEGARDEN
- CAR SEAT LOAN PROGRAM

Umatilla-Morrow Head Start, Inc.
 721 SE Third Bendway, OR 97801
 (541) 378-1770 FAX (541) 265-7143

- WIC PROGRAM
- CHILD CARE RESOURCE REFERRAL PROGRAM
- USDA DAY CARE HOME PROGRAM

Authorization for Release of Information: Families with Children

To Our Clients: We can help you better if we are able to work with other agencies that know you and your family. By signing this form, you are giving permission for these organizations to share information about you or your child's situation with us and for us to share information about you and your child's situation with them.

Your Name, Social Security Number and Date of Birth

Name: _____ DOB: _____ SS# _____
 Name: _____ DOB: _____ SS# _____

Your Children, Social Security Numbers and Dates of Birth

Name: _____ DOB: _____ SS# _____
 Name: _____ DOB: _____ SS# _____

I authorize any of the following individuals or agencies that I have initialed below to share and exchange information about me and my family with Umatilla Morrow Head Start, Inc. and for Umatilla Morrow Head Start, Inc. to share and exchange information about me and my family with these individuals or agencies.

Initial:	Initial:
_____ Services to Children and Families	_____ Mental Health
_____ Adult and Family Services	_____
_____ ESD: _____	_____ Alcoholic & Drug Treatment Agency
_____ School District: _____	_____
_____ Hospital _____	_____ Child Care Provider
_____ CAPECO _____	_____
_____ Department of Employment	_____ Medical Providers
_____ Health Department _____	_____
_____ WIC _____	_____
_____ Other: _____	_____
_____ Other: _____	_____

Including records of: (Please initial)

- ___ Yes ___ No Family History
- ___ Yes ___ No Employment/Unemployment
- ___ Yes ___ No Educational Reports
- ___ Yes ___ No Alcohol/Drug Treatment
- ___ Yes ___ No Mental Health/Psychiatric Services
- ___ Yes ___ No Medical/ Dental Treatment

Other Information:

Alcohol/Drug, Mental Health, Psychiatric, Dental, and Medical Records include all aspects of diagnosis, treatment and prognosis. Educational records include both behavioral and progress reports.

Purpose: The information received will be used to evaluate my situation and to plan for and coordinate services for me and my family, or for other purposes as specified: _____

This permission is good for one year or until: _____

I can cancel this at any time, but I understand that the cancellation will not affect any information that was already released before the cancellation. I understand that the information about my case is confidential and protected by state and federal law. I approve the release of this information. I understand what this agreement means. I am signing on my own and have not been pressured to do so.

<input type="checkbox"/> Client	<input type="checkbox"/> Guardian		
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Legal Custody	Signature	Date
		Signature	Date
		Staff Signature	Date

To those receiving information under this authorization. This information disclosed to you is protected by state and federal law. You are not authorized to release it to any agency or person not listed on this form without specific written consent of the person to whom it pertains unless authorized by other laws

This is a true copy of the original authorization document _____ (Agency Staff Person)

- HEAD START
- EARLY HEAD START
- OREGON HEAD START PRE-KINDERGARTEN
- CAR SEAT LOAN PROGRAM

Umatilla Morrow Head Start, Inc.
 721 SE Tiro, Pendleton, OR 97801
 (541) 278-9770 FAX (541) 278-5770

- WIC PROGRAM
- CHILD CARE RESOURCE REFERRAL PROGRAM
- USDA DAY CARE HOME PROGRAM

Autorización para Liberación de Información: Familias con Niños

A Nuestros Clientes: Podemos ayudarlo mejor si tenemos la capacidad de trabajar con otras agencias que conocen a usted y a su familia. Con firmar esta forma, usted da permiso a éstas organizaciones de poder compartir información acerca de usted o la situación de su niño con nosotros y que nosotros también podamos compartir información acerca de usted y la situación de su niño con ellos.

Su Nombre, Numero de Seguro Social y Fecha de Nacimiento

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Sus Niños, Numeros de Seguro Social y Fechas de Nacimiento

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Nombre: _____ FDN: _____ #SS _____

Autorizo que, los siguientes individuos o agencias que he iniciado al siguiente, pueden compartir y cambiar información acerca de mi y mi familia con Umatilla Morrow Head Start, Inc. y que Umatilla Morrow Head Start, Inc puede compartir y cambiar información acerca de mi y mi familia con estos individuos o agencias.

<p>Inicial:</p> <p>_____ Servicios a Niños y Familias</p> <p>_____ Servicios para Adulto y Familia</p> <p>_____ ESD: _____</p> <p>_____ Distrito Escolar: _____</p> <p>_____ Hospital _____</p> <p>_____ CAPECO _____</p> <p>_____ Departamento de Empleo</p> <p>_____ Departamento de Salud _____</p> <p>_____ WIC _____</p> <p>_____ Otro: _____</p> <p>_____ Otro: _____</p>	<p>Inicial:</p> <p>Salud Mental</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Agencia Para Tratamiento de Alcohol y Drogas</p> <p>_____</p> <p>Proveedor de Cuidado de Niño</p> <p>_____</p> <p>Proveedores Medicales</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Incluyendo datos de: (Iniciales por favor)

- ___ Si ___ No Historia Familiar
- ___ Si ___ No Empleo/Desempleo
- ___ Si ___ No Reportes Educacionales
- ___ Si ___ No Tratamiento de Alcohol/Drogas
- ___ Si ___ No Salud Mental/Servicios Psiquiátrico
- ___ Si ___ No Tratamiento Medical/Dental

Otra Información:

Alcohol/Droga, Salud Mental, Psiquiátrico, Dental, y Registros Médicos incluyen todos los aspectos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Los registros educacionales incluyen tanto como comportamiento y informes de progreso.

Propósito: La información recibida estará utilizado para evaluar mi situación y para planear y coordinar servicios para mí y mi familia, o para otros propósitos como se especifica: _____

Este permiso es bueno para un año o hasta: _____

Puedo cancelar esto en cualquier momento, pero entiendo que la cancelación no afecta cualquier información que estuvo liberado ya antes de la cancelación. Entiendo que la información acerca de mi caso es confidencial y protegido por ley del estado y federal. Apruebo la liberación de esta información. Entiendo lo que este acuerdo significa. Estoy firmando por mí propio y no he sido presionado para hacer así.

<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Encargado		
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Custodia Legal	Firma _____	Fecha _____
		Firma de Personal _____	Fecha _____

Para aquellos recibiendo información bajo esta autorización. Esta información descubierto a usted está protegido por ley del estado y federal. Usted no está autorizado a liberar a cualquier agencia o persona no listada en esta forma sin consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece a menos que autorizada por otras leyes.

Esta es una copia verdadera del documento de autorización original _____ (Personal de la Agencia)