Berks County
Area Agency on Aging

Building Partnerships
Strengthening Communities
Enhancing Quality of Life

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PARA OPCIONES Y PROGRAMA DE APOYO PARA CUIDADORES

NOMBRE DEL CONSUMIDOR: _____

IDENTIFICACIÓN DE WELLSKY _____

Por la presente, autorizo a la Agencia de el Envejecimiento del Area del Condado de Berks a obtener/o divulgar información relacionada con mi evaluación médica, psicológica o psiquiátrica, circunstancias financieras y estado de seguridad social de o aquellas agencias de las que deseo recibir servicios o beneficios.
Se entiende que solo se suministrará la información necesaria, y esta información sera tratadá de forma confidencial.

_____ Se me ha proporcionado un enlace o copias de los siguientes formularios que se pueden encontrar en www.berksaging.org:

- Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Berks
- Aviso de la Organización de Información de Salud del Condado de Berks e información de exclusión voluntaria

_____ Se me ha informado y se me ha proporcionado una copia de los Avisos y Descargos de Responsabilidad de la BCAAA.

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

OR

Representative: _____ Fecha: _____
(si es aplicable)

Relación con el Consumidor: _____

NOTA: Cualquier fotocopia de este documento tendrá la misma fuerza y efecto que el original

Centro de Servicios del Condado / 633 Court Street / Reading, PA 19601-4303
Tel: (610) 478-6500 / Fax: (610) 478-6886 / www.berksaging.org