

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I authorize the following Community Based Organization (CBO) **Food Bank of Contra Costa & Solano** to access information regarding my CalWORKS/CalFresh/Medi-Cal application for benefits with Contra Costa County using the their web-based CalWIN system.

I understand that the information accessed by the CBO will only be used to assist with my application for benefits and to communicate with me regarding the status of my application/benefits.

I authorize the use of this form for the access of the information described above. This authorization shall expire one year from the date signed or earlier if it is revoked by me in writing.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Yo autorizo a la siguiente Organización Comunitaria (CBO) **Food Bank of Contra Costa & Solano** a tener acceso a mi caso en el condado de Contra Costa sobre mi aplicación y/o caso de CalWORKS, CalFresh y/o Medi-Cal, utilizando su aplicación, basada en el internet, por el sistema de CalWIN.

Yo entiendo que la infomación obtenida por el CBO solamente serán utilizados para ayudarme con mi aplicación para beneficios y para comunicarse conmigo sobre el estado de me aplicación/beneficios.

Yo autorizo que esta forma se utilice para dar a conocer información descrita arriba. Esta autorización se expira al año de la fecha en que esta firmada o antes de la fecha si esta revocada por mi por escrito.

REQUIRED: Please complete the following information
REQUERIDO: Porfavor Complete la Siguiete Información

Full Name/ *Nombre complete:* _____

Social Security Number / *Número de su Seguro Social:* _____

Date of Birth / *Fecha de Nacimiento:* _____

Address / *Dirección:* _____

I have read, or been read, this form and understand and agree to the disclosures described above.
Yo e leído, o me han leído, esta forma. Entiendo y acuerdo lo descrito en esta forma.

Signature / *Firma:* _____ Date / *Fecha:* _____