



2931 Mission Street, Santa Cruz, CA. 95060-5709 Telephone: (831) 454-9455, Hollister: (831) 637-0487  
Fax: (831) 469-3712, TDD (831) 469-0122  
www.hacosantacruz.org

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

I/We hereby give my/our consent to have the Housing Authority of the County of Santa Cruz obtain any and all information deemed necessary to determine or redetermine my/our eligibility for housing assistance. Therefore, I authorize the release of any of the information described below, as requested by the Housing Authority of the County of Santa Cruz.

I/We understand that this release of information includes the collection of information regarding my/our employment, Unemployment Insurance Benefits, any and all other benefits, child support and spousal support, bank accounts, any other income, asset or household information. Additionally, I/we give my/our consent to have the Housing Authority verify any childcare expenses, medical expenses, disability assistance expenses, full time student status and disability status, and criminal history. I/we understand that this information will be kept confidential and is being requested for the purpose of determining my/our eligibility for housing assistance.

I/we understand that this information may be disclosed to local public agencies and law enforcement for the purposes of ensuring program integrity and to prevent the misuse of public funds. I also authorize this form to be photocopied and used as an original.

ALL HOUSEHOLD MEMBERS 18 YEARS OR OLDER MUST SIGN.

This consent form expires 3 years following the end of program participation

**AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN – TRADUCCIÓN ESPAÑOLA**

Yo/Nosotros por la presente damos nuestro consentimiento a la Autoridad de Viviendas del Condado de Santa Cruz obtener cualquier y toda información creída necesaria para determinar o re determinar mi/nuestra elegibilidad para la ayuda de vivienda. Por lo tanto, yo/nosotros autorizo/autorizamos la liberación de cualquiera de la información descrita abajo, solicitada por la Autoridad de Viviendas del Condado de Cruz.

Yo o nosotros comprendemos que esta autorización incluye pedir y juntar información sobre mi o nuestros empleos, Beneficios de Seguro de Desempleo, cualquier y todo otro tipo de beneficios, manutención de hijos y manutención de cónyuge, cuentas bancarias y cualquier otra información sobre ingresos, bienes o composición del hogar. Adicionalmente, yo o nosotros damos el consentimiento a la Autoridad de Viviendas a verificar cualquier gasto de cuidado de niños, gastos médicos, gastos de ayuda de incapacidad, la posición de estudiante de tiempo completo y posición de incapacidad, e historial criminal. Yo o nosotros comprendemos que esta información será mantenida confidencialmente y que se pide con el propósito de determinar si nos calificamos para recibir ayuda de vivienda.

Yo/Nosotros entendemos que esta información puede ser divulgada a agencias públicas y con agencias del orden público con el objetivo de asegurar la integridad del programa y prevenir el mal uso de fondos públicos.

Yo o nosotros autorizamos también que este formulario sea fotocopiado y usado como original.

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR.

Este formulario de consentimiento se vence 3 años después del final de la participación en el Programa.

_____ Nombre en letra de imprenta ( <i>Print Name</i> )	_____ Firma ( <i>Signature</i> )	_____ Fecha ( <i>Date</i> )
_____ Nombre en letra de imprenta ( <i>Print Name</i> )	_____ Firma ( <i>Signature</i> )	_____ Fecha ( <i>Date</i> )
_____ Nombre en letra de imprenta ( <i>Print Name</i> )	_____ Firma ( <i>Signature</i> )	_____ Fecha ( <i>Date</i> )
_____ Nombre en letra de imprenta ( <i>Print Name</i> )	_____ Firma ( <i>Signature</i> )	_____ Fecha ( <i>Date</i> )