

**Authorization for Release of Information
CalFresh Program**

I voluntarily authorize the Santa Barbara County Social Services Department to release any information about my CalFresh case to ***name of agency***, staff and advocates, for the purpose of providing assistance during my Cal Fresh application process and as needed.

I authorize the use of this form for the disclosure of the information described above. I understand the agency noted above will use this information to help document my eligibility for CalFresh benefits. This authorization is good for 12 months from the date signed or until revoked by me in writing.

Autorización Para Revelar Información

Yo voluntariamente autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Santa Bárbara que revele información mía al personal de ***nombre de agencia*** para el propósito de recibir asistencia durante mi proceso de aplicación para CalFresh y cuando sea necesario.

Entiendo que esta información solo será usada para el propósito de recibir ayuda y/o documentar mi elegibilidad para beneficios de CalFresh. Esta autorización es valida por 12 meses después del día que es firmada o cuando revoque esta información por escrito.

**REQUIRED: PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION
REQUERIDO: POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION**

Full Name/ <i>Nombre Completo</i> :
MyBCW Confirmation #:
Date of Application/ <i>Fecha de Solicitud</i> :
Date of Birth / <i>Fecha de Nacimiento</i> :
Address/ <i>Domicilio</i> :

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*: _____