



Society of St. Vincent de Paul Diocesan Council of Phoenix Authorization for Release of Confidential Information

In consideration of the services to be undertaken or rendered on my behalf by the Society of St. Vincent de Paul, its members, agents or affiliated organizations (hereinafter referred to as "SVdP"), I, the undersigned (print) _____, hereby authorize SVdP to receive, from any and all sources, and to release to any person or organization, any confidential information regarding me which may be necessary or useful to SVdP in relation to the services to be rendered as requested at this time. I hereby release SVdP from all liability in any way related to the receipt and/or release of said confidential information.

I further understand that the release of this information does not guarantee that assistance will be provided, but that without such information my case cannot be presented to the Conference/Council for consideration.

Signature

Date

St. Vincent de Paul Member (Witness)

Date

St. Vincent de Paul Member (Witness)

Date

This release is effective for the time necessary to process this request for assistance after undersigned signature date.



**Society of St. Vincent de Paul
Diocesan Council of Phoenix
Autorización de liberación
de Información Confidencial**

En consideración de los servicios que la Sociedad de San Vicente de Paúl, sus miembros, agentes u organizaciones afiliadas (en lo sucesivo denominadas "SVdP") emprenderán o prestarán en mi nombre, yo, el abajo firmante (letra de imprenta)

_____, por el presente Autorizo a SVdP a recibir, de todas y cada una de las fuentes, y a divulgar a cualquier persona u organización, cualquier información confidencial sobre mí que pueda ser necesaria o útil para SVdP en relación con los servicios que se prestarán según lo solicitado en este momento. Por la presente libero a SVdP de toda responsabilidad relacionada con la recepción y/o divulgación de dicha información confidencial.

Además, entiendo que la divulgación de esta información no garantiza que se brindará asistencia, pero que sin dicha información mi caso no puede ser presentado a la Conferencia/ Consejo para su consideración.

Firma

Fecha

San Vicente de Paúl Miembro (Testigo)

Fecha

San Vicente de Paúl Miembro (Testigo)

Fecha

Este comunicado es efectivo por el tiempo necesario para procesar esta solicitud de asistencia después de la fecha de la firma del abajo firmante.