

DEPARTMENT OF TRANSITIONAL ASSISTANCE

REQUEST FOR ACCESS TO CLIENT RECORD OF _____
(Client's Full Name)

1. Client Information:

Date of Birth: _____ Address: _____

SS#: _____

Number of Dependents _____ Categories of Assistance: TAFDC _____ MassHealth _____

EA _____ Food Stamps _____ EAEDC _____

Full Names of Dependents:

2. I hereby authorize _____,

MA _____, to have access to my record on my behalf until _____.

3. I hereby certify that I am the client named above.

Date (Client's Signature)

4. I find that the information in item 1 and the signature in item 3 match the information and signature in the client record.

Name of Dept. Employee (Print)

Date

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA TRANSICIONAL

SOLICITUD PARA ACCESO AL ARCHIVO DEL CLIENTE:

(Nombre Completo del Cliente)

1. Información del Cliente:

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Numero de Seguro Social: _____

Numero de Dependientes: _____

Categorías de Asistencia: TAFDC("welfare") ___ MassHealth ___
EA(Asistencia de Emergencia) ___ Food Stamps(cupones de alimento) ___ EAEDC ___

Nombres de los Dependientes:

2. Yo autorizo a _____,

MA _____, obtener el acceso a mi archivo en nombre de mi hasta _____.

3. Yo certifico que yo soy el cliente nombrado arriba.

Fecha

(Firma del Cliente)

4. Yo encuentro que la información en #1 y la firma en #3 corresponden a la información en el archivo del cliente.(I find that the information in item 1 and the signature in item 3 match the information and signature in the client record.)

Nombre del Empleado del Departamento
Name of Dept. Employee (Print)

Fecha (Date)