

NJ Children's System of Care

Administered by PerformCare®

Solicitud de Determinación de Elegibilidad para Niños menores de 18 años con Discapacidades del Desarrollo

Autorización para PerformCare de comunicarse con terceros

¿Le gustaría identificar a la persona o agencia para comunicarse con PerformCare para ayudar en representación de la solicitud de su hijo?

En caso afirmativo, su autorización nos permite explicar el estado de la solicitud de su hijo y comunicar qué información adicional puede ser necesaria para completar el proceso de solicitud.

Nombre de la persona

Nombre de la agencia, si corresponde

Número de teléfono

- Por la presente doy permiso a PerformCare para divulgar el estado de la solicitud de mi hijo y toda la información necesaria para completar el proceso de solicitud a la persona nombrada anteriormente. Esta autorización **no** incluye ninguna liberación de la Información Médica Protegida (PHI) de mi hijo.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre del padre/tutor legal (letra de molde)

Nombre del niño (letra de molde)

Fecha de nacimiento