



Referral Authorization & Consent to Release of Information

The purpose of this **Referral Authorization & Consent to Release of Information** is (i) to obtain your permission to refer you to partner organizations who are members of the Monterey County Smart Referral Network, and (ii) to obtain your consent to the release of certain personal information to partner organizations to which you are referred. Partner organizations to whom you are referred, may “forward” your referral to another agency to whom they believe has services for which you would benefit.

The Monterey County Smart Referral Network (The Network) is a resource and information hub that connects individuals to a range of a community benefit organizations which focus on well-being of Monterey County residents. The Network makes referrals through a free searchable online database. The Network provides referrals, care coordination, outreach, education, and targeted services by allowing authorized staff to share and access certain limited client information. The Network operates over the internet and uses many security protections to ensure confidentiality of your information.

By signing below, you authorize us to make referral(s) to member organizations of The Network, and you consent to the release of your following personal information: name, age, gender, ethnicity, race, income category, city/county of residence, access to health care, language, disability, veteran status, education, contact information, services you have received and progress you have made in your economic mobility. This helps inform any additional services you might need and allows service providers to work together to ensure you access the most appropriate services. We will share this information with our partner organizations, who use it to find a service for which you are eligible. Some partners use it to report on referral activity to their funders. You can expect to be contacted by one or more of the organizations in The Network to receive services that meet your specific needs. Your information will be kept confidential by the organizations that provide the additional services to you.

You have the right to access and verify your personal information, to receive a list of organizations belonging to The Network, and to revoke your referral authorization and consent to release of information and delete your profile at any time. To edit your personal information please contact the person who made the original referral for you, or logon to the [Smart Referral Network](http://smart-referral-network.com): smart-referral-network.com

[Here is a link](#) to United Way Monterey County the privacy policy, terms and conditions.

By signing below, I authorize referrals to member organizations of The Network and consent to the release of my personal information to such organizations in order to potentially access services to meet my specific needs. Unless extended in writing, this **Referral Authorization & Consent to Release of Information** will expire twelve (12) months after the date appearing below.

Referring Agency: _____

Client Name (Printed): _____

Date: _____

Client Signature: _____

Autorización de Referencia y Consentimiento para la Divulgación de Información

El propósito de esta **Autorización de Referencia y Consentimiento para la Divulgación de Información** es (i) obtener su permiso para referirlo(a) a una de nuestras organizaciones asociadas que son miembros de Monterey County Smart Referral Network, y (ii) obtener su consentimiento para divulgar cierta información personal a la organización a la que lo refieran.

El Monterey County Smart Referral Network (La Red) es un centro de recursos e información que conecta a las personas con una variedad de organizaciones que se centran en el bienestar financiero y otros servicios a los residentes del condado de Monterey. La Red hace referencias en línea a través de una base de datos de búsqueda gratuita. La Red proporcionara referencias, coordinación de atención, propagación de información, educación y servicios específicos al permitir que el personal autorizado comparta y acceda cierta información limitada del cliente La Red opera a través de Internet y utiliza protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad de su información.

Al firmar a continuación, nos autoriza a referirlo(a) a una o mas organizaciones asociadas de La Red y acepta la divulgación de su siguiente información personal: nombre, edad, sexo, etnicidad, raza, sus ingresos, ciudad / condado de residencia, acceso a cuidado de salud, idioma, discapacidad, estado de veterano, educación e información de contacto, servicios que ha recibido y avances que ha realizado en su movilidad económica. Esto ayuda a informar sobre cualquier servicio adicional que pueda necesitar y permite que los proveedores de servicios trabajen juntos para garantizar que usted acceda a los servicios más apropiados. Compartiremos esta información con nuestras organizaciones asociadas, y puede esperar que una o más organizaciones de La Red se comuniquen con usted para recibir servicios que cumplan con sus necesidades. Su información se mantendrá confidencial por las organizaciones que le brinden servicios adicionales.

Tiene derecho a acceder y verificar su información personal, a recibir una lista de organizaciones que pertenecen a La Red, y a revocar su autorización de referencia y consentimiento para divulgar información en cualquier momento. Para revocar su autorización o editar su información personal, comuníquese con la persona que originalmente hizo la referencia por usted o inicio su cuenta s en el [Smart Referral Network](https://www.smart-referral-network.com): [smart-referral-network.com](https://www.smart-referral-network.com)

[Aquí hay un enlace](#) a United Way Monterey County, la política de privacidad, los términos y condiciones.

Al firmar a continuación, autorizo referencias a organizaciones asociadas de La Red y doy mi consentimiento para la divulgación de mi información personal a dichas organizaciones con el fin de acceder a servicios que satisfagan mis necesidades específicas. A menos que se extienda por escrito, esta **Autorización de Referencia y Consentimiento para la Divulgación de Información** vencerá doce (12) meses después de la fecha a continuación.

Agencia de referencia: _____

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Cliente: _____