



State of Connecticut  
Department of Social Services

W-303A  
(Rev. 10/07)

Permission to Share Medical Information

I \_\_\_\_\_ give permission for \_\_\_\_\_  
(my name) (name of medical provider)

to share information with the Department of Social Services (DSS) or Colonial Cooperative Care, Inc. (CCC). DSS or CCC will use this information to decide if I can get help from the Department of Social Services.

The medical provider can give the Department of Social Services the kind(s) of information that I have checked off below:

- all medical records or other information about my treatment, hospital stay and outpatient care.
- alcohol and/or drug abuse                       psychiatric records
- HIV related information                       other: \_\_\_\_\_

I understand that if I do not agree to sign this form, the DSS may not be able to decide that I am eligible for help.

I understand that I may take back my permission at any time. The only time that I cannot take back permission is when information has already been shared. I must make the request to take back permission in writing.

I give my permission to treat a photocopy or fax of this form as if it is an original.

My permission ends when the Department of Social Services makes a decision about my eligibility for help.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Person Who Signed

\_\_\_\_\_  
Relationship of Person Who Signed



W-303A  
(Rev. 10/07)

Estado de Connecticut  
Departamento de Servicios Sociales

Permiso para Compartir Información Médica

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a \_\_\_\_\_  
(mi nombre) (nombre del proveedor médico)

para compartir información con el Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) o Colonial Cooperative Care, Inc. (CCC). El DSS o el CCC usará esta información para decidir si puedo obtener ayuda del Departamento de Servicios Sociales.

El proveedor médico puede darle al Departamento de Servicios Sociales el(los) tipo(s) de información que he marcado abajo:

todos los informes médicos u otra información acerca de mi tratamiento, estancia en el hospital y fuera del hospital.

abuso de alcohol y/o drogas

informes psiquiátricos

información relacionada con VIH

otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que si no estoy de acuerdo en firmar esta solicitud, el DSS puede no estar dispuesto a decidir que soy elegible para ayuda.

Comprendo que puedo devolver mi permiso en cualquier momento. La única vez que yo no puedo devolver el permiso es cuando la información ya ha sido compartida. Tengo que hacer el pedido para devolver mi permiso por escrito.

Doy mi permiso para que se considere una fotocopia o fax de esta solicitud como el original.

Mi permiso termina cuando el Departamento de Servicios Sociales hace una decisión acerca de mi elegibilidad para ayuda.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre de la persona que firmó

\_\_\_\_\_  
Parentesco de la persona que firmó