

Oakland-Berkeley-Alameda County Continuum of Care
Pagbawi ng Paglabas ng Impormasyon

Pangalan ng Kliyente: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Medi-Cal CIN (Kung alam): _____

Nais kong bawiin ang pahintulot ko na ilabas ang aking personal na impormasyon.

Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan ng Kliyente:

_____/_____/_____

Buwan

Araw

Taon

Kung nilagdaan ng Legal na Kinatawan ng Kliyente, pakibigay ang pangalan, relasyon at awtoridad ng kinatawan na gawin ito:

Pangalan: _____

Relasyon: _____

Awtoridad: _____

(Pakipadala sa iyong miyembro ng Team ng Pangangalaga)