

## Solicitud para un Medio Alternativo de Envío

**Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.**

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.  
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cliente \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

Dirección del Hogar del Cliente \_\_\_\_\_

Dirección para el Correo del Cliente (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono del Cliente \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitador (si no es el cliente) \_\_\_\_\_

Teléfono del Solicitador \_\_\_\_\_ Número de Fax del Solicitador (opcional) \_\_\_\_\_

*Por favor anote a dónde le gustaría que enviemos nuestra respuesta a su pedido.*

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**La información que me gustaría recibir usando una dirección diferente a la dirección para el correo es:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La dirección diferente es:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Período de tiempo de la información que desea y que quiere que se le envíe a la dirección diferente:**

\_\_\_\_\_

**El Departamento responderá a su petición si por alguna razón es negada.**

Si este consentimiento está siendo hecho por otra persona y no por el sujeto de la información, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar el envío alternativo de la información de esa persona \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

**Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_, la persona de arriba,  
siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en \_\_\_\_\_

Mi comisión expira \_\_\_\_\_

**For DHW Office use only**

- ID Provided \_\_\_\_\_
- Form Complete \_\_\_\_\_
- Authority:
- Accessing own records \_\_\_\_\_
- Documentation Attached \_\_\_\_\_
- Not Required \_\_\_\_\_