

MARION COUNTY COMMUNITY SERVICES

APPLICANT RELEASE OF INFORMATION FORM

Consentimiento para divulgar informacion

I/We the undersigned hereby authorize any of those entities specified below to release without liability, information regarding my employment, income, and/or assets to the Marion County Community Services Department for the purpose of verifying information provided as part of my application for Purchase Assistance, under the SHIP or HOME programs.

Yo/nosotros los abajo firmantes autorizo a cualquiera de esas entidades especificadas a continuación para información con respecto a mi empleo, ingresos y bienes para el Departamento de Servicios a la Comunidad del Condado de Marion, libero sin responsabilidad para mis propósitos de verificar la información proporcionada como parte de la asistencia de compra bajo los programas SHIP o HOME.

INFORMATION COVERED/INFORMACION REQUERIDA:

I/We understand that previous or current information regarding me may be needed. Verifications and inquiries that may be requested include, but are not limited to: personal identity, employment, income and assets, medical and/or child care allowances. I/We understand that this authorization cannot be used to obtain any information about me that is not pertinent to my eligibility for the Purchase Assistance programs.

Entiendo que puede ser necesario la información anterior o actual con respecto a mí. Verificaciones y consultas que pueden ser solicitados incluyen, pero no se limitan a: identidad personal, empleo, ingresos y activos, médica o infantil cuidado de los márgenes. Entiendo que esta autorización no puede utilizarse para obtener información acerca de mí que no es pertinente a mi elegibilidad para los programas de la nave, el CDBG o casa.

The groups or individuals that may be contacted, but are not limited

Grupos o personas a quienes podemos solicitar informacion.

| | | | |
|--|--|---|---|
| Past/Present Employers <i>Empleadores, presentes y pasados</i> | Welfare Agencies <i>Agencias de Beneficencia</i> | Previous Landlords <i>Propietarios anteriores</i> | Credit Reporting Agencies <i>Agencias de Credito</i> |
| Support & Alimony Providers <i>Proveedores de Manutención y apoyo</i> | Unemployment Agencies <i>Agencias de desempleo</i> | Retirement Systems <i>Sistemas de Retiro</i> | |
| Veterans Administration <i>Administración de Veteranos</i> | Social Security Administration <i>Administración de Seguro Social</i> | Banks & Mortgage Institutions <i>Bancos & Hipotecarias</i> | |

CONDITIONS/CONDICIONES:

I/We agree that a photocopy of this authorization may be used for the purpose stated above. The original of this authorization is on file and will stay in effect for a year from the date signed. I/We understand that I/We have a right to review this file and correct any information that I/We can prove is incorrect.

Yo estamos de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización puede ser utilizada para el propósito indicado arriba. El original de esta autorización está en el archivo y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de firma. Yo/nosotros entendemos que tenemos derecho de revisar este archivo y corregir cualquier información que yo/nosotros podemos probar es incorrecta.

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
| <u>Luis L Thomas</u> Applicant Print Name <i>Imprima Nombre</i> | <u>263 150 52 70</u> Social Security Number <i>Numero se Seguro Social</i> | <u>Luis L Thomas</u> Signature <i>Firma</i> | _____ Date <i>Fecha</i> |
| <u>David Thomas</u> Co-Applicant Print Name <i>Co- Aplicante Imprima Nombre</i> | <u>262 60 8212</u> Social Security Number <i>Numero se Seguro Social</i> | <u>David Thomas</u> Signature <i>Firma</i> | _____ Date <i>Fecha</i> |
| _____ Household Member over 18 <i>Imprima Nombre Mayores de 18 anos</i> Print Name | _____ Social Security Number <i>Numero se Seguro Social</i> | _____ Signature <i>Firma</i> | _____ Date <i>Fecha</i> |
| _____ Household Member over 18 <i>Imprima Nombre Mayores de 18 años</i> Print Name | _____ Social Security Number <i>Numero se Seguro Social</i> | _____ Signature <i>Firma</i> | _____ Date <i>Fecha</i> |

NOTE: This general consent may not be used to request a copy of a tax return. If a copy of a tax return is needed, IRS form 4506, "Request for Copy of Tax Reform" must be prepared and signed separately.

NOTA: Esta autorización general no podrá utilizarse para solicitar una copia de una declaración de impuestos. Si es necesaria una copia de una declaración de impuestos, formulario IRS 4506, "Solicitud para la copia de reforma tributaria" debe ser preparado y firmado por separado.