



## AUTORIZACIÓN PARA TERCER PARTIDOS DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN y CONSENTIMIENTO PARA ACTUAR EN NOMBRE

**Instrucciones:** Todos los prestatarios que deseen compartir la información en su archivo deben completar este formulario. Los documentos completados puedan cargarse en su archivo de solicitud MRP or PTX abierto o enviarse por correo electrónico a [info@camortgagerelief.org](mailto:info@camortgagerelief.org). Asegúrese de incluir el/los nombre(s) del propietario(s) y el número del Programa de Rescate Hipotecario (MRP) o el número de impuesto a la propiedad (PTX). Las organizaciones basadas en la comunidad (CBO) y la Ayuda Legal proveen ayuda GRATUITA - visite [www.camortgagerelief.org](http://www.camortgagerelief.org) para obtener una lista.

Yo/Nosotros, los abajo firmantes (nombre/s) \_\_\_\_\_ ; Últimos de SSAN: \_\_\_\_\_ ; Número de MRP/PTX \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_ (Representante - puede ser una organización que permite a cualquier miembro de esa organización), para obtener y proporcionar información y enviar mi solicitud con respeto a mi/nuestro archivo de California Homeowner Relief Corporation (CalHRC) relacionado con mi/nuestra casa ubicada en:

\_\_\_\_\_ Dirección de Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Esta autorización incluye, pero no se limita a: (inicial cada artículo que está permitiendo que el representante autorizado haga)

\_\_\_\_\_ Puede recibir cualquier/toda información en mi solicitud      \_\_\_\_\_ Puede presentar una solicitud en mi/nuestro nombre

\_\_\_\_\_ Puede dar información en mi nombre al programa      \_\_\_\_\_ Sólo puede: \_\_\_\_\_

Yo/Nosotros entendemos que esta autorización es voluntaria y que yo/nosotros la podemos revocar en cualquier momento por presentando una revocación escrita.

### Representante autorizado (Organización o cualquier miembro de la organización) / Destinatario de la información:

Imprima Nombre		Edad		Relación al Propietario	
Firma				Número de teléfono	
Dirección de Calle				Estado	
Ciudad				Código Postal	

Si usted es un abogado, este formulario no es válido sin un número válido del Colegio de Abogados del Estado de California del abogado original que lo ayuda. **CSBN:**

\_\_\_\_\_

Nombre del bufete de abogados: \_\_\_\_\_

Esta autorización es efectiva cuando se recibe la Autorización firmada para la Divulgación de Información de Tercer Partidos y aprobado por CALHRC. Esta autorización permanecerá vigente hasta que CALHRC sea notificada por escrito que esta autorización ya no está vigente. La cancelación de esta autorización no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas mientras que esta autorización estaba vigente. El Representante Autorizado reconoce que no está cobrando a los solicitantes ninguna tarifa por servicio o ayuda. Mediante firma, representante y prestatario declara bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Firma de Prestatario: \_\_\_\_\_

Firma de Prestatario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_