



ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)
DIVISION OF PROGRAM INTEGRITY (DPI)

**(Autorización de la DPI para
la divulgación de información)
DPI Authorization for Release of Information**

| |
|---|
| NÚMERO DE REVISIÓN DE CONTROL DE CALIDAD |
|---|

Indique la lista de todos los miembros de la familia (adultos y niños):

| | |
|--|-------|
| Nombre del cliente(s) | |
| Nombre(s) de el(los) hijo(s) menor(es) | |
| Autorizo a la Division of Program Integrity (División de Integridad de Programas, DPI) a ponerse en contacto con cualquier persona o agencia para dar cualquier información solicitada por el Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud), Division of Program Integrity (División de Integridad de Programas, DPI), con el fin de verificar la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia pública del estado de Washington. Una copia de esta autorización firmada es tan válida como el original. | |
| Firma | Fecha |
| Firma | Fecha |