



1-888-727-2706

Conectando a las familias de niños y adultos con discapacidades y necesidades especiales

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Fecha: _____

Agencia que refiere / Condado: _____

Persona que refiere / Tel. contacto: _____

Padre/Guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Condado: _____ Estado: _____

No. telefónico: _____ Mejor hora para llamarle: _____

Correo electrónico: _____

Si le gustaría que uno de los coordinadores del programa de *Parent to Parent* se pusiera en contacto con usted, por favor marque el área en que está interesado(a):

_____ Estoy interesado (a) en que me pongan en contacto con otro padre/madre.

_____ Estoy interesado (a) en ser una Persona de Apoyo voluntario(a).

_____ Me gustaría recibir noticias sobre el programa *Parent to Parent of PA*.

Al firmar esta forma usted da su autorización para que su información sea proporcionada al Programa *Parent to Parent of PA* para que ellos se pongan en contacto con usted.

Parent to Parent of Pennsylvania
6340 Flank Drive
Harrisburg, PA 17112
Fax- 717-657-5895
Email: fpatrick@parenttoparent.org

Firma (requerida)