



**PARENT TO PARENT**  
OF PENNSYLVANIA  
1-888-727-2706

**BOTÓN PARA  
RESTABLECER**

*FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN*

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

AGENCIA/CONDADO QUE PRESENTÓ LA RECOMENDACIÓN: \_\_\_\_\_

*Si participa en el programa de Recomendación directa para intervención temprana (Early Intervention Direct Referral), marque una de las casillas a continuación:*

Proporcionar coordinación de servicios para el programa de bebés y niños pequeños

Proporcionar coordinación de servicios para el programa de preescolar

PERSONA QUE PRESENTÓ LA RECOMENDACIÓN/N.º DE CONTACTO \_\_\_\_\_

Padre/madre/cuidador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número principal: \_\_\_\_\_; Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: (requerida, si está disponible) \_\_\_\_\_

*Si desea que nuestros Coordinadores regionales-Parent to Parent se comuniquen con usted, comparta su información y el tema de su interés.*

Estoy interesado en que me emparejen con una persona de Parent to Parent of PA.

Estoy interesado/a en ser una Persona de Apoyo voluntario/a.

Me gustaría recibir información por correo de Parent to Parent of PA.

Al firmar este formulario de autorización para divulgar información, acepta permitir que se revele su información al programa Parent to Parent of PA para que se pongan en contacto con usted.

Parent to Parent of Pennsylvania

6340 Flank Drive

Harrisburg, PA 17112

Correo electrónico: [p2pinfo@parenttoparent.org](mailto:p2pinfo@parenttoparent.org)

**La firma es obligatoria:**

*Gracias por su interés en Parent to Parent of Pennsylvania*