



**Consent and Authorization for the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program
to Disclose and Use Confidential Information (H-146)**

Date: _____

To:
Lead Poisoning Prevention Program
841 North Broadway, First Floor
Milwaukee, WI 53202

Re:
Client's Name: _____
Client's Address: _____
City: _____ State: _____ ZIP: _____

I/We the undersigned client, or in the case of a minor, the parent or guardian, hereby voluntarily consent and grant permission to:

- a. The above-named person or entity to **fully disclose, discuss, and release** to a representative of the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program any and all private, confidential and other information and provide all documents necessary to be useful in completing my/our application for service through the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program.
- b. The City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program to **fully disclose, discuss, and release** to the above-named person or entity any and all information and documents necessary to be useful to complete all applications for providing said services.

I/We understand that the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program will treat this information in a confidential manner, and I/we voluntarily consent and grant permission to the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program and its representatives to use and fully disclose, discuss, and release all such information to doctors, therapists, other professionals, and persons who have a need to know such information in order to complete my/our application, evaluation, or for the providing of said services by the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program.

Unless revoked in writing and delivered to the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program, this Consent and Authorization will expire on the date that the client is no longer involved or enrolled in the program. No revocation shall affect any action that been taken in reliance upon this Consent and Authorization. The recipient can rely on the presentation of this Authorization as proof that it has not expired or been revoked.

I/We understand that in order to enroll or receive services through the program, I/we must sign this Consent and Authorization.

I/We certify that prior to signing this consent and Authorization, I/we read it and understand all items and terms herein, and that this Consent and Authorization is signed and given freely, voluntarily, and knowingly. A copy or facsimile of this Consent and Authorization shall be as valid as the original. I/We have received a copy of this form.

Client, Parent, or Guardian's Signature: _____ Date: _____

Client, Parent, or Guardian's Signature: _____ Date: _____

(Por favor, vea el otro lado por español)

H-146 4/26/21 MHD Graphics



Consent and Authorization for the City of Milwaukee Lead Poisoning Prevention Program to Disclose and Use Confidential Information (H-146sp)

Fecha: _____

Para:
Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo
841 North Broadway, First Floor
Milwaukee, WI 53202

Re:
Nombre del Cliente: _____
Dirección del Cliente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Yo/Nosotros, el cliente suscrito, o en el caso de un menor de edad, el padre/la madre o guardián, por la presente voluntariamente consiento/consentimos y doy/damos permiso a:

- a. La persona o entidad mencionada arriba a revelar, discutir y divulgar totalmente a un representante del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee cualquier y toda la información privada, confidencial y otra información y proveer todos los documentos necesarios que sean útiles en completar mi/nuestra solicitud para el servicio a través del Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee.
- b. El Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee a revelar, discutir y divulgar totalmente a la persona o entidad mencionada arriba, cualquier y toda la información y los documentos necesarios que sean útiles para completar todas las solicitudes para proveer dichos servicios.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee tratará esta información de manera confidencial, y yo/nosotros voluntariamente consiento/consentimos y doy/damos permiso al Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee y a sus representantes a usar y revelar, discutir y divulgar totalmente dicha información a doctores, a terapeutas, a otros profesionales, y a personas que tienen necesidad de saber dicha información para completar mi/nuestra solicitud, evaluación, o para proveer dichos servicios por el Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee.

A menos que sea revocado por escrito y entregado al Programa de Prevención de Envenenamiento por Plomo de la Ciudad de Milwaukee, este Consentimiento y Autorización expirará en la fecha en la cual el cliente ya no está involucrado o inscrito en el programa. Ninguna revocación afectará cualquier acción que ha sido tomada en garantía sobre este Consentimiento y Autorización. El recipiente puede contar en la presentación de esta Autorización como prueba de que no ha expirado o sido revocada.

Yo/Nosotros entiendo/entendemos que para inscribir o recibir los servicios a través del programa, yo/nosotros debo/debemos firmar este Consentimiento y Autorización.

Yo/Nosotros certifico/certificamos que antes de firmar este Consentimiento y Autorización, yo/nosotros lo leo/leemos y entiendo/entendemos todas las cosas y términos incluidos, y que este Consentimiento y Autorización se firma y se da libre, voluntariamente y a sabiendas. Una copia o duplicado de este Consentimiento y Autorización será tan válido como el original. Yo/Nosotros he/hemos recibido una copia de este formulario.

Firma del Cliente, Padre/Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente, Padre/Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____

(Please see other side for English.)

H-146sp 4/26/21 MHD Graphics