

**FAMILY PRESERVATION PROGRAM (FPP)/PARTNERSHIP FOR FAMILIES (PFF)  
CONSENT TO RELEASE AND EXCHANGE INFORMATION**

1. Case Name	2. Case Number
3. Parent's/Guardian's Names <i>(if different from Case Name)</i>	4. Date of Birth
5. Parent's/Guardian's Names <i>(if different from Case Name)</i>	6. Date of Birth
7. Name(s) of Children	8. Date(s) of Birth
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
<b>9. CONSENT STATEMENT</b>	
<p>I/we understand that as a necessary part of my/our participation in the Community Based Program (FPP/PFF), the agencies involved must have access to records pertaining to my/our family. Therefore, I/we give permission to the Department of Children and Family Services (DCFS) to release, disclose, and/or exchange information about myself and my child(ren) listed above with a Community Based Agency and the participating agencies which may include, but are not limited to: the Departments of Health Services, Mental Health, Public Social Services and Education. This consent includes both written and oral communication about social, medical, developmental, psychological, educational, behavioral and other individual and family issues.</p> <p>This signed consent form will remain in effect for the duration of my/our family's participation in the <del>FP</del> program.</p>	
10. Signature of Parent(s) Guardian(s)	11. Date of Signature
_____	_____
_____	_____
12. CSW's Signature	13. Date of Signature
_____	_____
<input type="checkbox"/> FP _____	
<input type="checkbox"/> PFF _____	
<input type="checkbox"/> Other _____	

**PROGRAMA DE PRESERVACIÓN (FPP) /ASOCIACIÓN PARA FAMILIAS (PFF)  
CONSENTIMIENTO PARA REVELAR Y CAMBIAR INFORMACIÓN**

1. Nombre del Caso	2. Número del Caso
3. Nombre de Padre(s) / Madre(s) o Guardianes <i>(Si es diferente al Nombre del Caso)</i>	4. Fecha de Nacimiento
5. Nombre de Padre(s) / Madre(s) o Guardianes	6. Fecha de Nacimiento
7. Nombre(s) de Niño(s) y Niña(s)	8. Fecha(s) de Nacimiento
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
<p><b>9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN</b></p> <p>Yo/nosotros entiendo/entendemos que cómo una parte necesaria de mi/nuestra participación en la Agencia de Programa Comunitarias, las agencias involucradas tienen que tener acceso a los archivos pertinentes a mi/nuestra familia. Por lo tanto, yo/nosotros le damos nuestro permiso al Departamento de Servicio para Niños y Familias (DCFS) para revelar, divulgar, y/o intercambiar información sobre mi persona y mi niño(s)/niña(s) los antes mencionados con la Agencia de Programa Comunitaria y las agencias participantes que pueden incluir, pero no son limitadas a los Departamentos de: Servicios de Salud, Salud Mental, Servicios Sociales Públicos y de Educación. Este consentimiento incluye tanto la comunicación por escrito como la comunicación oral pertinente a los asuntos sociales, médicos, de desarrollo, psicológicos, educativos, de compartimiento u otros asuntos individuales o familiares.</p> <p>Este consentimiento firmado continuará vigente durante la participación de mi familia en el programa.</p>	
10. Firma de Padre(s) / Madre(s) o Guardianes	11. Fecha de Firma
_____	_____
_____	_____
12. Firma del Trabajador Social para Niños	13. Fecha de Firma
_____	_____
<input type="checkbox"/> FP _____	
<input type="checkbox"/> PFF _____	
<input type="checkbox"/> Otro _____	