



BOSTON HOUSING AUTHORITY

Occupancy Department
56 Chauncy Street, 1st Floor
Boston, Massachusetts 02111

Phone: 617-988-3400
Fax: 617-988-4214
TDD: 800-545-1833 x420
www.BostonHousing.org

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR SU INFORMACION AUTORIZACIÓN PARA INSPECCIONAR Y/O COPIAR ARCHIVOS

DE CONTROL DE CLIENTE: _____
CODIGO DE LOCALIZACIÓN: (Para Uso de La Oficina) _____

Yo, _____ (El Solicitante)

En la (Dirección) _____

Con el Número de Seguro Social _____, por la
presente autorizo a _____ (Favor de Escribir con Letra de Imprenta)

(_____) _____
(Número de Teléfono por el Día) (Agencia Afiliada o Relación)

A inspeccionar y/o copiar todos los documentos guardados por el
Departamento de Ocupancia de Boston Housing Authority como parte de mi
expediente como solicitante. Entiendo que una copia de esta autorización
es tan válida como la original.

Fecha Firma Del Solicitante

Con el único propósito de discutir mi elegibilidad para viviendas públicas
solamente, adicionalmente autorizo a _____
que inspeccione (**No Copie**) cualquier Información de mi record criminal
(CORI, por sus siglas en Inglés) obtenida por Boston Housing Authority.

Fecha Firma del Solicitante

**ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA POR UN AÑO
DESDE LA FECHA ESCRITA ARRIBA**