

**El Programa de Asistencia de Emergencia Declaracion de Confidencialidad: Personal del Banco de Alimentos, Socios de Despensa y Voluntarios**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y acepto seguir las politicas y procedimientos de confidencialidad del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP) durante y despues de mi empleo/voluntariado con \_\_\_\_\_, la agencia local que administra TEFAP.

Acepto lo siguiente:

1. Comportarme de una manera que mantenga la confidencialidad del solicitante/participante del programa durante todas las discusiones relacionadas con los servicios y la elegibilidad de TEFAP, especificamente:
  - a. Toda la informacion proporcionada por los solicitantes/participantes sobre su estado de ingresos, residencia y hogar se mantendra estrictamente confidencial.
  - b. Esta estrictamente prohibido discutir informacion confidencial sobre los solicitantes/participantes fuera de las operaciones de la agencia local..
  - c. La informacion confidencial de los solictantes/prticipantes no se discutira con otros voluntaries o personal de TEFAP requerida.
  
2. Ademias, entiendo que las violaciones de esta politica de confidencialidad pueden dar lugar a acciones disciplinarias que pueden incluir el despido inmediato o la expulsion de las actividades del programa.

Reconozco que he leido y entiendo las politicas y procedimientos de TEFAP en materia de confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre