



**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



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades