



MEMBER AUTHORIZATION FOR USE OF PHOTOGRAPHIC, VIDEO OR VOICE RECORDING OR STATEMENT

I, _____, hereby authorize CenCal Health to use my (or my child's):

Print Full Name _____ Print Child's Full Name _____

- Personal images by photography or video (initial here: ____)
- Voice recording (initial here: ____)
- Written or verbal statement (initial here: ____)

I acknowledge these images, voice recordings and/or statements may be used on the CenCal Health public website (www.cencalhealth.org), on the lobby monitors in CenCal Health's offices, or on CenCal Health's YouTube channel. These images, voice recordings and/or statements may also be used in CenCal Health newsletters and/or publications.

I further acknowledge that my image, voice recording or statement may be used by CenCal Health in any public relations materials, including social media to promote CenCal Health in the future.

CenCal Health will not use, sell or otherwise distribute to third parties any material covered by this consent, except as stated above. I understand that CenCal Health cannot guarantee that any such material will not be reproduced or copied by third parties without permission, causing the material to be no longer protected by privacy law.

I understand that no personal information, such as my name, will be used in any publications unless my express written consent is given below. No contact information such as my phone number or email will be displayed. I also understand that any treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits to which I am entitled is not conditioned upon CenCal Health receiving this authorization consent.

I give my consent to use of my identifying information as shown: _____

I also understand that I can ask for a copy of, or withdraw, this authorization at any time by calling CenCal Health's Member Services Department at the toll-free telephone number, 1-877-814-1861 [CA Relay at 711 or TTY at 1-833-556-2560]. I can also make my request by writing to: Communications Director, **CenCal Health, 4050 Calle Real, Santa Barbara, California 93110** or by emailing communications@cencalhealth.org.

I further understand that I will not be compensated for the use of any image or statement.

I give this authorization voluntarily for the purposes described above. This authorization expires on (five years after the date I give my signed consent).

Signature of authorizing member

Signature of parent/guardian of member under the age of 18

Contact phone or email (optional)

Date



AUTORIZACIÓN DE MIEMBRO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍA(S), VIDEO, GRABACIÓN DE VOZ, O DECLARACIÓN

Yo, _____, autorizo que CenCal Health use lo siguiente a nombre mío [o de mi hijo(s)]:

Escriba Nombre Completo _____ Escriba Nombre Completo de Hijo/a _____

- Personal images by photography or video (initial here: ____)
- Voice recording (initial here: ____)
- Written or verbal statement (initial here: ____)

Yo reconozco que estas imágenes, grabaciones de voz y/o declaraciones podrían ser usadas en la página de internet de CenCal Health (www.cencalhealth.org), en los monitores ubicados en el área de recepción de CenCal Health, o en el canal de Youtube de CenCal Health. Estas imágenes, grabaciones de voz y/o declaraciones también podrían ser usadas en boletines y/o publicaciones hechas por CenCal Health.

Yo además reconozco que mi imagen, grabación de voz o declaración podría ser usada por CenCal Health en cualquier material para relaciones públicas, incluyendo en redes sociales para publicidad de CenCal Health, en el futuro.

CenCal Health no usará, venderá o distribuirá a terceras partes cualquier material cubierto por este formulario de consentimiento, excepto como se indicó arriba. Yo entiendo que CenCal Health no puede garantizar que cualquier material no será reproducido o copiado por terceras partes sin permiso, lo cual provocaría que el material ya no sea protegido por la ley de privacidad.

Yo entiendo que cualquier información personal, tal como mi nombre, no será usada en ninguna publicación al menos que yo de mi consentimiento por escrito en el espacio correspondiente abajo. No serán mostrados mis datos, tales como mi número de teléfono o correo electrónico. También entiendo que firmar este documento no afectara ningún servicio, pago, inscripción, o elegibilidad al cual yo tenga derecho.

Yo doy mi consentimiento para que se use mi información de identificación como aparece en el espacio correspondiente:

Yo además entiendo que puedo pedir una copia de, o retirar, esta autorización en cualquier momento, llamando al Departamento de Servicios Para Miembros de CenCal Health al número de teléfono libre de cobro, 1-877-814-1861 o CA Relay al 711 o TTY al 1-833-556-2560 (servicios que ayudan a transmitir información). También puedo hacer mi petición por escrito dirigiéndome a: Communications Director, **CenCal Health, 4050 Calle Real, Santa Barbara, California 93110** o mandando un correo electrónico a communications@cencalhealth.org.

Yo también entiendo que no recibiré compensación por el uso de cualquier imagen o declaración.

Yo doy esta autorización por mi propia voluntad para los propósitos indicados arriba. Esta autorización expirará el (cinco años después de que yo de mi firma de consentimiento).

Firma de miembro autorizante

Firma de padre/ guardián de miembro menor de 18 años de edad

Número de teléfono o correo electrónico (opcional)

Fecha