

DHB- 5028 SP (02/2020)

DIVISION DE BENEFICIOS
DE SALUD DE NC

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
SOCIALES DEL
CONDADO-----

PERSONA cuya información será compartida:		
NOM- BRE:	<i>Primer</i>	<i>Segundo</i> <i>Apellido</i>
SSN:	Nació mm/dd/aa	
DIRECCION:		

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

Yo Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación (incluyendo el intercambio en papel, oral y electrónico): DE: TODOS MIS REGISTROS MEDICOS; TAMBIEN REGISTROS DE EDUCACION Y OTRA INFORMACION RELACIONADA CON MI CAPACIDAD DE REALIZAR TAREAS. ESTO INCLUYE PERMISO ESPECIFICO PARA DIVULGAR:

1. Todos los registros y otra información sobre mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria para mi o mis impedimentos incluyendo, y no limitado a:

- Impedimento (o impedimentos) psicológico, psiquiátrico u otros (excluye "notas de psicoterapia" como se define en 45 CFR 164.501)
- Abuso de drogas, alcoholismo u otro abuso de sustancias
- Anemia de células falciformes
- Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o pruebas del VIH) o enfermedades de transmisión sexual
- Impedimentos relacionados con los genes (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)

2. Información sobre cómo mi impedimento o impedimentos afecta mi capacidad para completar las tareas y actividades de la vida diaria y trabajo.
3. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo Programas Educativos Individualizados, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función; también las observaciones y evaluaciones de los docentes.
4. Información creada dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de firma de esta autorización, así como información pasada.

DE PARTE DE:

- **Todas las fuentes médicas** (hospitales, clínicas, laboratorios, doctores, psicólogos, etc.) incluyendo salud mental, correccional, adicción, y servicios de salud de VA
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, archivos administrativos, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores Consultores usados por SSA/DDS
- Empleadores
- Otras personas que sepan de la condición (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

ESTA PARTE PARA SER COMPLETADA POR LA OFICINA QUE SOLICITA LA INFORMACION (según se necesite). Información adicional para identificar a la persona (ej. Otros nombres que usa), la fuente específica, o material que se dará necesita:

PARA:

La agencia estatal autorizada para procesar mi caso (por lo general llamada 'Servicios de Determinación de Discapacidad', incluyendo servicios contractuales de copiado y doctores u otros profesionales consultados durante el proceso; o el Departamento de Servicios Sociales del condado que revisa mi solicitud.

PROPOSITO:

Determinar mi **elegibilidad para beneficios**, incluyendo el ver los efectos combinados de cualquier impedimento, que por sí mismo no cumple con la definición de discapacidad por parte del SSA.

EXPIRA:

Esta autorización es válida por 12 meses de la fecha en que se firma (ver mi firma abajo).

- Yo autorizo el uso de una copia (incluyendo copia electrónica) de esta forma para dar la información descrita arriba.
- Entiendo que hay algunas circunstancias donde la información puede ser compartida a otras partes
- Puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier tiempo
- Puedo obtener una copia de esta forma si lo solicito; Puedo pedir a la fuente que se me permita inspeccionar u obtener una copia del material compartido.
- He leído esta forma y estoy de acuerdo con la información que se dará de parte de las fuentes listadas.

PERSONA que autoriza:		SI no está firmado por la persona afectada, especifique la base de autoridad para firmar (el <i>padre/guardián</i> firma aquí si por ley estatal se requieren dos firmas):	
<i>Firma</i> >		<input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otra persona que le representa (explique)	
Fecha de Firma	Dirección		
Tel. (con área)	Ciudad	Estado	Código postal
TESTIGO: <i>Conozco a la persona que firma esta forma o estoy satisfecho con su identidad:</i>			
<i>Firma</i> >		SI es necesario un Segundo testigo firma aquí (ej, se firmó con una "X" arriba):	
Teléfono (o dirección)	<i>Firma</i> >		
	Teléfono (o dirección)		

Explicación de la forma DHB 5028 "Autorización para dar información"

Necesitamos su autorización por escrito para ayudar a obtener la información necesaria para procesar su solicitud de beneficios. Leyes y regulaciones requieren que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de entregárnosla. Además, las leyes requieren una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones y de fuentes educativas.

Puede proporcionar esta autorización firmando un formulario DHB-5028. La ley federal permite que las fuentes con información sobre usted, proporcionen esa información si usted firma una sola autorización para dar toda su información de todas sus fuentes posibles. Haremos copias de ella para cada fuente. Una entidad cubierta (es decir, una fuente con información médica sobre usted) no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios si usted firma este formulario de autorización. Algunos Estados, y algunas fuentes individuales de información, requieren que la autorización nombre específicamente la fuente que usted autoriza a dar la información personal. En esos casos, nosotros le pediremos que firme una autorización para cada fuente y le contactaremos nuevamente si necesita firmar más autorizaciones.

Esta autorización general y especial para divulgar fue desarrollada para cumplir con las disposiciones relativas a la divulgación de información médica, educativa y de otro tipo bajo: P.L.104-191 ("HIPAA"); 45 CFR partes 160 y 164; 42 U.S. Sección de Código 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 U.S. Sección de Código 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Sección de Código 1232g ("FERPA"); 34 CFR partes 99 y 300; y la legislación estatal.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya haya confiado en ella para tomar una acción. Para revocar, envíe una declaración por escrito a la oficina del Departamento de Servicios Sociales de su condado o a los Servicios de Determinación de Discapacidad. Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes que ya no desea divulgar información sobre usted. El SSA/DDS o DSS pueden decirle si identificaron alguna fuente de la que no les haya hablado. La información divulgada antes de la revocación puede ser utilizada para decidir su reclamo.

Es política de la División de Beneficios de Salud (DHB, por sus siglas en inglés) proporcionar servicio a personas con dominio limitado del inglés en su idioma nativo o modo preferido de comunicación consistente con la Orden Ejecutiva 13166 * de agosto 11, 2000 y la Ley Americana de Individuos con Discapacidades. El DHB hará todos los esfuerzos razonables para garantizar que la información en el DHB-5028 se le proporcione en su idioma nativo preferido o modo de comunicación.

INFORMACION IMPORTANTE, INCLUYENDO AVISO REQUERIDO POR EL ACTA DE PRIVACIDAD

Toda la información personal recopilada por el SSA/DDS o DSS está protegida por la Ley de Privacidad de 1974. Una vez que la información médica se divulga a el SSA/DDS o DSS, ya no está protegida por las disposiciones de privacidad de la información de salud de 45 CFR parte 164 (ordenada por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)). El SSA/DDS y DSS retienen información personal en estricto apego a los programas de retención establecidos y mantenidos en conjunto con la Administración Nacional de Archivos y Registros. Al final del ciclo de vida útil de un registro, se destruye de acuerdo con las disposiciones de privacidad, como se especifica en 36 CFR parte 1228.

La agencia solicitante está autorizada a recopilar la información por las secciones 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) y 1631 (e)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social. Utilizamos la información obtenida con este formulario para determinar su elegibilidad para los beneficios. Este uso generalmente incluye la revisión de la información por parte de la agencia estatal que procesa su caso. En algunos casos, su información también puede ser revisada por personal que procesa su apelación de una decisión, o por investigadores para resolver acusaciones de fraude o abuso, y puede ser utilizada en cualquier procedimiento administrativo, civil o penal relacionado.

La firma de este formulario es voluntaria, pero el no firmarlo, o revocarlo antes de recibir la información necesaria, podría evitar una decisión precisa u oportuna sobre su reclamo, y podría resultar en la negación o pérdida de beneficios. Aunque la información que obtenemos con este formulario casi nunca se utiliza para ningún otro propósito que no sean los indicados anteriormente, la información puede ser divulgada por el SSA / DDS o DSS sin su consentimiento si está autorizado por las leyes federales, como la Ley de Privacidad y la Ley de Seguridad Social. Ejemplo, el SSA/DDS y DSS pueden divulgar la información:

1. Para permitir que un tercero (por ejemplo, médicos consultores) u otra agencia gubernamental ayude a la el SSA/DDS a establecer derechos a los beneficios.
2. De conformidad con la ley que autoriza la divulgación de información (por ejemplo, al Inspector General, a las agencias de beneficios federales o estatales o auditores, o al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA));
3. Para actividades de investigación estadística y auditoría necesarias para asegurar la integridad y mejora de los programas de Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina del Censo y las empresas privadas bajo contrato con el SSA).

Aparte de las circunstancias limitadas anteriores, el SSA/DDS y/o DSS no volverán a incluir sin el consentimiento previo por escrito la información (1) relacionada con el abuso de alcohol y/o drogas como se cubre en 42 CFR parte 2, o (2) de los registros educativos de un menor obtenidos bajo 34 CFR parte 99 (Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA)), o (3) con respecto a la salud mental, discapacidad del desarrollo, SIDA o VIH.

También podemos utilizar la información que nos proporciona cuando hacemos coincidir los registros por computadora. Los programas de emparejamiento comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Muchas agencias pueden usar programas de emparejamiento para encontrar o probar que una persona califica para los beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto incluso si usted no está de acuerdo con ello.

Las explicaciones sobre las posibles razones por las que la información que nos proporciona puede ser utilizada o entregada están disponibles a petición en cualquier Oficina de Determinación de Discapacidad y/o Departamento de Servicios Sociales.