

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ autorizo y solicito que el/la _____
(NOMBRE DEL CLIENTE, EL PROGENITOR, EL TUTOR O EL REPRESENTANTE LEGAL)

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales (DSS) | <input type="checkbox"/> División de Apoyo a la Familia (FSD) |
| <input type="checkbox"/> División de Servicios para Jóvenes (DYS) | <input type="checkbox"/> División para Menores de Edad (CD) |
| <input type="checkbox"/> División de MO HealthNet (MHD) | <input type="checkbox"/> División de Servicios Legales (DLS) |
| <input type="checkbox"/> División de Servicios Financieros y Administrativos (DFAS) | <input type="checkbox"/> Auditoría y Cumplimiento de Medicaid de Missouri (MMAC) |
| <input type="checkbox"/> Otro _____
<small>(NOMBRE DEL CENTRO, LA AGENCIA, EL CENTRO DE SALUD MENTAL, LA PERSONA)</small> | |

divulgue o revele la información que se indica a continuación:

NOMBRE	DCN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
--------	-----	---------------------	-------------------------

QUIEN RECIBIÓ SERVICIOS EN LAS FECHAS

NÚMERO IV-D (NECESARIO PARA SOLICITUDES DE REGISTROS DE MANUTENCIÓN INFANTIL)

a (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abogado: _____ | <input type="checkbox"/> Empleador: _____ |
| <input type="checkbox"/> Legislador/Empleados: _____ | <input type="checkbox"/> Personal del Gobernador: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____
<small>(NOMBRE DEL CENTRO, LA AGENCIA, LA PERSONA)</small> | |
| _____
<small>(DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, C.P.)</small> | |

EL MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Determinar elegibilidad | <input type="checkbox"/> Representación o asesoría legal | <input type="checkbox"/> Procedimientos legales |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Resoluciones/Investigaciones/Denuncias | <input type="checkbox"/> Planificación de tratamientos |
| <input type="checkbox"/> Continuación de servicios o atención | <input type="checkbox"/> Investigación de antecedentes | <input type="checkbox"/> A petición del cliente |
| <input type="checkbox"/> Compartir o enviar mi información a otras agencias estatales de Missouri (como DMH, DHSS, DSS, DESE, etc.) para recibir servicios consistentes con el programa _____ (por favor, escriba el nombre del programa en el cual desea participar) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

LA INFORMACIÓN ESPECIFICA QUE SERÁ DIVULGADA ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Investigaciones por línea directa (hotline) | <input type="checkbox"/> Determinaciones de elegibilidad |
| <input type="checkbox"/> Información de acreditación | <input type="checkbox"/> Estudios de hogar | <input type="checkbox"/> Tratamiento de abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de tratamientos o evaluaciones médicas o psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Investigaciones de fraude efectuadas | <input type="checkbox"/> Expedientes de empleo del cliente
<small>(NOTA ESTO NO INCLUYE DIVULGACION DE REGISTROS DE EMPLEO DE EMPLEADOS DEL DSS)</small> |
| <input type="checkbox"/> Beneficios recibidos | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Nota: La información referente a terceros en sus registros podría ser eliminada o retenida en su totalidad, a menos que dichas personas autoricen al departamento, por escrito, que divulguemos su información para usted. Cierta información puede ser eliminada si la ley lo exige.

Nota: Si se solicitan expedientes del DSS, antes de divulgarlos posiblemente se realice el cobro de una cantidad considerable de honorarios.

- LEA CON ATENCIÓN:** Comprendo que mi información y mis antecedentes en el Departamento de Servicios Sociales son confidenciales por ley. Comprendo que al firmar esta autorización, doy permiso para que se divulguen todos y cada uno de mis datos y antecedentes que estoy autorizado a recibir, según se especifica en este documento, ya sean pasados, actuales o elaborados en el futuro, hasta la fecha de vencimiento o revocación de esta autorización, salvo que exista una autorización distinta. La información protegida en mis antecedentes puede incluir información sobre tratamientos o evaluaciones médicas, información de salud mental o conductual, información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), otras enfermedades y padecimientos transmisibles o ambientales, abuso de alcohol o drogas, solicitud y/o recepción de beneficios de asistencia pública, información sobre abuso de alcohol o drogas y/o información sobre abuso y abandono infantil.
- Esta autorización incluye tanto información recabada al día de hoy, como información que se recabará durante su asociación o actividad con el Departamento de Servicios Sociales, durante el período de tiempo especificado.
- A menos que se indique lo contrario, esta autorización entrará en vigor en la fecha de la firma a continuación y vencerá un año después de dicha fecha. Si desea especificar una fecha de vencimiento diferente, indique la fecha aquí:
- Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo **POR ESCRITO** y presentar mi revocación por escrito al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios Sociales, en: 221 W. High Street, Room 230, Jefferson City, MO 65102. Comprendo además que las acciones que hayan sido realizadas con base en esta autorización, previas a la revocación, **NO** serán modificadas.
- Comprendo que, bajo petición, tengo derecho de recibir una copia de esta autorización. **Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que su original.**
- Comprendo que la autorización para divulgar esta información es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir servicios del Departamento de Servicios Sociales. Comprendo que puedo solicitar que yo revise la información que se va a utilizar o divulgar, así como solicitar una copia de dicha información, según lo dispuesto en 45 CFR, artículos 155.260 y 164.524. Comprendo que al divulgar información es posible que el receptor, a su vez, la divulgue nuevamente, y que la información deje de estar protegida por la ley una vez que esté en posesión del receptor. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información, puedo contactar al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios Sociales, a mi trabajador social o al especialista en elegibilidad de apoyo a las familias.

Mi firma a continuación indica que he leído y comprendido el texto anterior, y autorizo que mi información confidencial sea divulgada.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

FIRMA DEL PROGENITOR, EL TUTOR O EL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO CORRESPONDIENTE)

(Por favor, en el caso correspondiente, incluya una descripción de la autoridad que actuará en nombre del cliente y adjunte una copia del documento que le concede autoridad).

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN REFERENTE A TRATAMIENTOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Los antecedentes de tratamientos de abuso de alcohol y drogas están protegidos específicamente por regulaciones federales (42 CFR Parte 2) y al firmar en el espacio de abajo, estoy autorizando que se divulgue a la agencia o la persona indicada en este formulario, cualquier tipo de información o expedientes relacionados con alcohol o drogas con los que yo cuente (si los hubiese).

Prohibición de divulgación reiterada: Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben que el receptor de los expedientes de tratamientos de abuso de sustancias divulgue, a su vez, dichos expedientes sin la autorización específica y por escrito de la persona a la que pertenecen dichos expedientes, o según lo indique la misma regulación. Una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. **Firme a continuación si desea autorizar que se divulgue información sobre abuso de alcohol y drogas.**

FIRMA DEL CLIENTE, EL PROGENITOR O EL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO CORRESPONDIENTE)

FECHA

AVISO DE REVOCACIÓN

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Yo, _____, (el Cliente) por este medio revoco mi autorización para divulgar información a la Agencia o la persona indicada previamente. Esta revocación anula e invalida cualquier permiso para divulgar información expresamente otorgado mediante la autorización anterior. Comprendo que toda acción realizada con base en esta autorización, previa a la revocación, no será modificada.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

FIRMA DEL PROGENITOR, EL TUTOR O EL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO CORRESPONDIENTE)

FECHA

Si decide revocar su autorización, por favor, proporcione una copia de la revocación debidamente elaborada al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios Sociales, en 221 W. High Street, Room 230, Jefferson City, MO 65102.