

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LA DISABILITY DETERMINATION BUREAU (DDB)

<b>Divulgar los registros de la siguiente persona:</b>	
Nombre: (Nombre, Inicial, Apellido)	
SSN:	Fecha de nacimiento:

**INSTRUCCIONES** Lea todo el formulario antes de firmarlo. Este formulario le permite autorizar y solicitar voluntariamente que se divulguen todos sus registros médicos y educativos, así como otra información relacionada con su capacidad para realizar las tareas cotidianas. Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha en que firme a continuación e incluye el permiso de divulgación:

- Todos los registros que se encuentran en este centro (incluidas las copias de los registros médicos de otros centros si están en su expediente) relativos a su tratamiento, hospitalización y/o atención ambulatoria por las discapacidades que se enumeran a continuación:
  - Discapacidad(es) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) discapacidad(es) mental(es) (excluye las "notas de psicoterapia" según se define en 45 CFR 164.501)
  - Abuso de drogas, alcoholismo u otro abuso de sustancias
  - Anemia falciforme o discapacidades relacionadas con los genes (incluida la información de los resultados de las pruebas y/o exámenes genéticos)
  - Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o pruebas de VIH) o enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre cómo sus discapacidades afectan su capacidad para completar las actividades de la vida diaria y su capacidad para trabajar
- Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo programas educativos individualizados (Individualized Educational Programs), evaluaciones psicológicas o del habla, observaciones de los profesores y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función
- La información creada dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que firmó esta autorización, así como la información anterior

**Esta información se recopilará de:**

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo salud mental, correccionales, tratamiento de adicciones y centros de atención médica de VA
- Trabajadores sociales/ consejeros de rehabilitación
- Empleadores
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, registros, administradores, consejeros, etc.)
- Los examinadores consultores utilizados por DDB
- Otras personas que puedan conocer su condición (familiares, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

**Este cuadro lo completa SSA/DDS (según sea necesario).** Información adicional para identificar al sujeto (otros nombres que utiliza), la fuente específica o el material que se revelará:

Esta información se entregará a la Disability Determination Bureau, Division of Health Care Access and Accountability, Department of Health Services, o State of Wisconsin, que está autorizada para procesar mi caso, y que incluye servicios de copias por contrato, y a los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso. Esta información se utiliza para determinar su elegibilidad para las solicitudes de Medicaid, discapacidad o Katie Beckett Medicaid. **Al firmar este formulario usted:**

- Autoriza el uso de una copia (incluso electrónica) o un fax de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente
- Entiende que hay algunas circunstancias en las que esta información puede ser divulgada a otras partes (consulte la página 2)
- Puede escribir a DDB y a otras fuentes para revocar esta autorización en cualquier momento (ver página 2)
- Entiende que DDB le dará una copia de este formulario si usted lo pide (puede pedir una copia de los materiales a ser revelados)
- Ha leído todo el formulario y está de acuerdo con las revelaciones anteriores de las fuentes
- Ha leído todo el formulario y está de acuerdo con las revelaciones anteriores de las fuentes enumeradas

Persona que autoriza la divulgación: <b>FIRMA ►</b>	Si no está firmado por el sujeto de la divulgación, especifique la autoridad para firmar <input type="checkbox"/> Padre de menor <input type="checkbox"/> POA para atención médica (proporcione documentos de POA) <input type="checkbox"/> Tutor legal (debe proporcionar documentos designados por el tribunal) <input type="checkbox"/> Otro representante personal (explique)	
<b>FECHA</b>		
<b>FIRMA DE TESTIGO ►</b> Conozco a la persona que firma este formulario o estoy satisfecho con la identidad de esta persona	<b>FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO ►</b> Si es necesario, el segundo testigo firma aquí (si firmó con una "X" arriba)	
Teléfono o dirección	Teléfono o dirección	
<b>Office Use Only:</b> To be completed if a telephonic signature is documented by the worker	Individual (First, Middle, Last) Worker ID                      Phone                      Address	
Phone (area code)	Street Address	
City	State	Zip Code

## Explicación del formulario F-14014S

### "Autorización para la Disability Determination Bureau (DDB)"

Necesitamos su autorización escrita o telefónica para obtener la información necesaria para procesar su solicitud para el Medicaid Disability o el Katie Beckett Medicaid. Las leyes y regulaciones requieren que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de entregarla a la Disability Determination Bureau (DDB). Además, las leyes requieren una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones y de fuentes educativas.

Puede proporcionar esta autorización firmando este formulario. Si firma dicha autorización, haremos copias de la misma para cada fuente con la que nos pongamos en contacto para obtener su información. Algunas fuentes de información individuales pueden requerir una nueva autorización firmada después de que usted reciba tratamiento médico. En esos casos, es posible que le pidamos que firme una autorización para cada fuente y que nos pongamos en contacto con usted nuevamente si necesitamos que firme más autorizaciones.

**Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento**, salvo en la medida en que una fuente de información ya se haya basado en la autorización para adoptar una medida. Para hacerlo, haga una solicitud por escrito al departamento de servicios sociales o humanos de su condado, al Katie Beckett Program o directamente a la Disability Determination Bureau (P.O. Box 7886, Madison, WI 53707-7886). Si lo hace, también debe enviar una copia de la solicitud de revocación a cada una de sus fuentes de información. Como se describe a continuación, la revocación podría dar lugar a la pérdida de derechos

### INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUIDA LA NOTIFICACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE PRIVACIDAD

Toda la información personal recogida por la DDB está protegida por la Federal Privacy Act of 1974. Una vez que la información médica se revela a la DDB, ya no está protegida por las disposiciones sobre privacidad de la información médica (45 CFR part 164) de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). La DDB conserva la información personal en estricto cumplimiento de los calendarios de retención establecidos y mantenidos conjuntamente con la National Archives and Records Administration. Al final del ciclo de vida útil de un registro, éste se destruye de conformidad con las disposiciones sobre privacidad, según se especifica en el 36 CFR, part 1228.

La DDB utilizará la información obtenida con este formulario para determinar su elegibilidad para los beneficios y su capacidad para administrar los beneficios recibidos. Este uso suele incluir la revisión de la información por el personal de la DDB al procesar su caso. En algunos casos, su información también puede ser revisada por el personal de la DDB que procesa su apelación de una decisión, o por los investigadores para resolver las 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 hecho de no firmarlo, o de revocarlo antes de nosotros recibir la información necesaria, podría impedir que se tome una decisión precisa u oportuna sobre su reclamación, y podría dar lugar a la denegación o la pérdida de los beneficios.** Aunque la información que obtenemos con este formulario se utiliza para los fines indicados arriba y la información puede ser divulgada por la DDB sin su consentimiento si lo autorizan las leyes federales como la Ley de Privacidad y la Ley del Seguro Social. Por ejemplo, la DDB puede divulgar:

1. Permitir que un tercero (por ejemplo, los médicos de consulta) u otro organismo gubernamental ayude a la DDB a establecer los derechos a las prestaciones del Social Security y/o la cobertura de Medicaid.
2. Para cumplir con las leyes estatales y locales que requieren la divulgación de información en situaciones de sospecha de abuso de niños o ancianos.
3. También podemos usar la información que usted nos da cuando comparamos los registros por computadora. Los programas de comparación cotejan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Muchas agencias pueden usar programas de comparación para encontrar o probar que una persona califica para recibir beneficios pagados por el gobierno. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo.

### Si necesita ayuda para completar esta autorización o tiene preguntas

Si necesita ayuda para completar esta autorización o si tiene preguntas sobre la autorización, por favor contacte con la oficina de Medicaid donde presentó su solicitud.