



## Autorización para intercambiar información entre Servicios Sociales del Condado de Humboldt y \_\_\_\_\_

Completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información de salud, cobertura, y beneficios. Fallar en proporcionar toda la información puede invalidar esta autorización.

**Por favor escriba claramente cuando completando a mano:**

Nombre del cliente	
Fecha de nacimiento (opcional)	
Número de seguro social (opcional)	

**Uso y divulgación de información de salud y cobertura**

Por la presente autorizo el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Humboldt, Servicios Sociales y el individuo, agencia, o proveedor siguiente:

**La información perteneciente a recibir los siguientes beneficios (indique todos los que apliquen):**

<input type="checkbox"/>	CalFresh
<input type="checkbox"/>	Programas de cobertura de salud (Medi-Cal/CMS/ CoveredCA)
<input type="checkbox"/>	CalWORKs
<input type="checkbox"/>	Welfare to Work
<input type="checkbox"/>	General Relief y Programa de Asistencia de Transportación (TAP)

**Estos programas son administrados por Servicios Sociales. Solo los siguientes registros o tipos de información conectados a los programas mencionados arriba serán intercambiados (indique todos los que apliquen):**

<input type="checkbox"/>	Estatus de elegibilidad como aprobación o denegación
<input type="checkbox"/>	Nivel de beneficios
<input type="checkbox"/>	Elementos requeridos para aprobación o retención de beneficios
<input type="checkbox"/>	Ingresos y recursos del hogar
<input type="checkbox"/>	Información no financiera
<input type="checkbox"/>	Participación de Welfare to Work
<input type="checkbox"/>	Servicios de Apoyo de Welfare to Work
<input type="checkbox"/>	Otro:

**Propósito:**

- El propósito del intercambio de información es de habilitar al nombrado arriba en obtener o mantener beneficios para el cliente
- El cliente ha pedido que esta información se comparta por razones personales o no identificadas.

**Mis Derechos**

Yo puedo rechazar firmar esta autorización. Mi rechazo no afectara mi habilidad de obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.

Yo puedo revisar u obtener una copia de la información que estoy autorizando que se divulgue.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento pero lo debo hacer por escrito para los programas de cobertura de salud y mandarlo a la siguiente dirección:

DHHS-Social Services 929 Koster St., Eureka, CA 95501

Mi revocación tomara efecto cuando sea recibida con excepción del grado al que otros hayan actuado en dependencia en esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente. Tal divulgación de nuevo en unos casos no es prohibida por ley del estado de California y puede ya no ser protegida por ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley del estado de California prohíbe que la persona recibiendo mi información de salud vuelva a divulgarla al menos que otra tal autorización sea obtenida de mi o al menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

**Vencimiento**

Esta autorización se vence en: \_\_\_\_\_ o automáticamente un año después de firmar.

**Firma**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: (cliente / representante legal) \_\_\_\_\_

Si firmado por alguien que no es el cliente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde:: \_\_\_\_\_ (cliente / representante legal)

County use: Case # _____ Worker _____  Representative signature accepted:
---