



Autorización Para Revelar Información Y Traspaso de Beneficios

Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Illinois que revele todos los expedientes médicos, de salud mental o psiquiátricos, información social y económica necesaria para la solicitud de los beneficios siguientes: SSA, SSI, Seguro de Veteranos, Asistencia Pública, Medicare, Champus, la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores, portadores de cualquier compañía privada de seguros, la Administración de Veteranos / Champus, el Departamento de Ayuda Pública, los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid, varias Organizaciones de Revisión Mutua y a otros auditores y revisadores requeridos por ley y reglamentaciones federales para auditorias, certificación y verificación de que los fondos para beneficios federales sean usados apropiadamente.

Yo solicito que mis pagos de beneficios del Medicare, seguros, Champus sean pagados al Departamento de Servicios Humanos a mi favor.

Yo autorizo a la Administración del Seguro Social que revele al Departamento de Servicios Humanos de Illinois la información sobre el estado de mis beneficios actuales.

Yo entiendo, a menos que sea revocado por mí, que este consentimiento quedará en efecto para esta admisión hasta dos años desde la fecha en que se firmó.

Yo entiendo que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento y que la organización nombrada arriba autorizada a recibir esta información tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información que se revela.

Yo entiendo que el propósito de esta autorización es para asegurarse que los fondos se aplicarán al costo de servicios provistos a mí.

Entiendo completamente que los expedientes y comunicaciones que se entregan contienen evaluaciones y / o información sobre tratamiento / habilitación de salud mental, discapacidades del desarrollo y / o abuso de alcohol o sustancias y que mi firma indica mi consentimiento informado. La información relacionada a HIV / SIDA no será revelada a menos que sea pedida específicamente.

Me han explicado que si rehúso dar consentimiento para revelar esta información, la inhabilidad del Departamento para asegurar los pagos de terceros para aplicarlos a los costos de los servicios, resultará en cargos mayores contra otros bienes y / o ingresos.

Yo entiendo que el Departamento está autorizado a revelar la información que sea necesaria para recaudar las sumas por cargos de mis servicios sin expresar mi consentimiento, si fallo en pagar tales sumas.

Yo también entiendo que la información que proveo en este formulario está protegida por las regulaciones de privacidad bajo el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud del 1996 (HIPAA) (P.L. 104 - 191) en 45 CFR 160 y 164). Mi información personal identificable sólo será usada y / o revelada de acuerdo con HIPAA y el Acta de Confidencialidad para Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois.

Identificación: _____ Fecha de Admisión: _____ Nombre: _____

Fecha: _____

Firma del Individuo

Nombre del Tutor

Fecha: _____

Firma del Tutor

Nombre del Testigo

Fecha: _____

Firma del Testigo

Sólo para el uso de DHS : código de autorizacion _____ Efectivo desde _____ hasta _____

Se proveyó una copia de este formulario al individuo o su representante autorizado en Inglés Español

Otro (específique) _____ por _____ en _____
(Nombre) (Título) (Fecha)

AVISO PARA LA AGENCIA / PERSONA QUE LO RECIBE: Bajo penalidades de la ley y las provisiones del Acta de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (740 ILCS 110), usted no puede revelar nuevamente ninguna de esta información a menos que la persona que dio el consentimiento para revelarlo específicamente autorice tal revelación.