

**Cuyos registros que divulgarse**

Nombre (Primera, Intermedia, el último, el sufijo)	
SSN	Fecha de nacimiento (mm/dd/yy)

**Autorización para divulgar información de  
ARBOR E & T, LLC dba ACCIÓN REVIEW GROUP (ARG)**

**\*\* POR FAVOR LEA TODO EL FORMULARIO, ambas páginas, antes de firmar a continuación \*\***

Yo voluntariamente autorizar y solicitar la divulgación (incluido el papel, oral y intercambio electrónico):

**De lo: Todos mis registros médicos; también los registros educativos y otra información relacionada con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye el permiso específico de liberación:**

**1. Todos los registros y otras informaciones acerca de mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria para mi impedimento(s), incluido, y no limitado a:**

- psicológico, psiquiátrico o de otro(s) Deficiencia mental (excluye las "notas de psicoterapia" tal como se define en 45 CFR 164.501)
- El uso indebido de drogas, alcoholismo o abuso de otras sustancias
- Anemia de células falciformes
- Registros que pueden indicar la presencia de enfermedades transmisibles o enfermedades no transmisibles; y pruebas para o registros de VIH/SIDA
- relacionado con el gen de la deficiencias (incluidos los resultados de la prueba genética)

**2. Información acerca de cómo mi impedimento(s) afecta mi habilidad para completar las tareas y las actividades de la vida diaria y afecta a mi capacidad de trabajo.**

**3. Copias de exámenes o evaluaciones educativas, incluyendo programas educativos individualizados, las evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y discurso, y otros registros que pueden ayudar a evaluar la función; también observaciones de los maestros y de las evaluaciones.**

**4. Información creada en un plazo de 12 meses después de la fecha en que esta autorización está firmado, así como la última información.**

**DEDSE QUIEN**

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluida la salud mental, correccional, el tratamiento de la adicción, y VA instalaciones sanitarias
- Todas las fuentes de educación (escuelas, los maestros, los administradores de registros, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales y consejeros de rehabilitación
- Consultar a los examinadores utilizada por ARG
- Los empleadores, compañías de seguros, los programas de indemnización a trabajadores
- Otros que puedan saber acerca de mi estado (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

**Esta casilla deberá cumplimentarse por ARG (según sea necesario) información adicional para identificar al sujeto (por ejemplo, otros nombres usados), la fuente específica, o el material para ser revelada:**

**A QUIEN** Desdela contratista estatal autorizado para procesar mi caso, incluyendo la copia del contrato de servicios, y los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso. [También, para las reclamaciones internacionales, el Departamento de Estado de EE.UU. Servicio Exterior Post.]

**FINALIDAD** Determinar mi elegibilidad para beneficios, incluyendo mirando el efecto combinado de cualquier impedimento que por sí solas no satisfaría SSA en la definición de la discapacidad.

**CADUCA CUANDO** Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma (debajo de mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Tengo entendido que hay algunas circunstancias en las que esta información puede ser redisclosed a otras partes y ya no está protegido
- Me pueden escribir a ARG y mis fuentes de revocar esta autorización en cualquier momento (vea la página 2 para más detalles).
- ARG me dará una copia de este formulario si pido; puedo preguntar la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material a ser revelada.
- He leído ambas páginas de este formulario y de acuerdo a la información divulgada por encima de los tipos de fuentes indicadas

<b>POR FAVOR, FIMAR CON TINTA NEGRA O AZUL SOLO</b> <b>Autorizar la revelación individual</b> <b>SIGNO ►</b>	Si no está firmada por el tema de la divulgación, especifique la base de autoridad para firmar <input type="checkbox"/> Padre de menor <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> otro representante personal (explicar)
Fecha de la firma	(Padre/madre/tutor/representante personal regístrese aquí si dos firmas requeridas por la ley estatal) ►
Fecha de la firma de	la dirección de la calle
Número de teléfono (con el código de área)	Ciudad Estado ZIP
Sé testigo de la persona que firma este formulario o estoy satisfecho de esta identidad de la persona	Si es necesario, la segunda testigo firmen aquí (por ejemplo, si firmó con "x" arriba)
<b>SIGNO ►</b>	<b>SIGNO ►</b>
Número de teléfono (o dirección)	Número de teléfono (o dirección)
Esta autorización general y especialmente de divulgación 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 del Código de los Estados Unidos, Sección 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 CÓDIGO DE EE. UU. SECCIÓN 7332; 38 CFR 1.475; 20 del Código de Estados Unidos, sección 1232g ("FERPA"); 34 CFR Parte 99 y 300; y ley estatal.	

## **La explicación de este formulario**

### **"Autorización para divulgar información de ARBOR E & T, LLC dba ACCIÓN REVIEW GROUP (ARG)"**

Necesitamos su autorización escrita para ayudar a obtener la información necesaria para procesar su reclamación. Las leyes y reglamentos requieren que las fuentes de información personal tienen una autorización firmada antes de entregarlo a nosotros. Además, las leyes requieren autorización específica para la liberación de información acerca de determinadas condiciones y de fuentes educativas.

Puede proporcionar esta autorización al firmar este formulario. La ley federal permite fuentes con información acerca de usted para liberar esa información si usted firma una autorización única para liberar toda su información de todas las fuentes posibles. Vamos a hacer copias de él para cada fuente. Una entidad cubierta (es decir, una fuente de información médica acerca de usted) puede no condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad para beneficios de si firmar este formulario de autorización. Unos pocos Estados, y algunas fuentes de información, exigen que la autorización específicamente el nombre de la fuente que usted autorice a revelar información personal. En esos casos, es posible que le pidamos a firmar una autorización para cada fuente y podremos en contacto con usted si necesitamos que firmar más autorizaciones.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya ha invocado a tomar una acción. Revocar, envíe una declaración por escrito de Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG). Si no, envíe también una copia directamente a ninguna de las fuentes que ya no desea revelar información acerca de usted; Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG). puede decirle si hemos identificado las fuentes que no nos acerca. Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG). pueden usar la información revelada antes de la revocación para decidir su reclamación.

Es Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG)'s política para proporcionar servicio a las personas con conocimientos limitados del inglés en su idioma nativo o modo preferido de comunicación coherente con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y el Acta de Educación de Individuos con Discapacidades. Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) hace todos los esfuerzos razonables para asegurar que la información contenida en el Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) es proporcionado a usted en su idioma nativo o preferido.

### **Ley de Privacidad Declaración**

#### **Recopilación y uso de información personal los**

Artículos 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) y 1631(e)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social, modificada, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(1) y 1383(e)(1)(a)] nos autoriza a recopilar esta información. Utilizaremos la información que usted proporciona para ayudarnos a determinar su elegibilidad, o continuando la elegibilidad para los beneficios, y su capacidad para administrar los beneficios recibidos. La información que usted proporciona es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede impedirnos realizar una precisa y oportuna decisión sobre su reclamación, y podría resultar en la denegación o pérdida de beneficios.

Raramente podemos utilizar la información que usted proporcione en este formulario para cualquier otro propósito que no sea por las razones explicadas anteriormente. Sin embargo, podemos utilizarlo para la administración y la integridad de los programas de seguridad social. También podemos revelar información a otra persona o a otra agencia de conformidad con los usos autorizados de rutina, incluyendo, pero no limitado a, los siguientes:

1. Para permitir a un tercero o a una agencia para que nos ayude en el establecimiento de los derechos a las prestaciones de la Seguridad Social y/o cobertura;
2. Para cumplir con las leyes federales que exigen la liberación de información de nuestros registros (por ejemplo, auditorías de seguridad social / Comentarios, apelaciones);
3. Para hacer determinaciones de discapacidad médica basada en registros médicos disponibles.

También podemos utilizar la información que usted proporcione en equipo programas coincidentes. Programas coincidentes comparar nuestros registros con los registros mantenidos por otras dependencias federales, estatales o los organismos de gobierno local. Utilizamos la información de estos programas para establecer o verificar una persona la condición de discapacidad del actual con esos organismos.

Una lista completa de la rutina, los usos de la información que usted nos da está disponible mediante solicitud contactando Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG).

Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) es socio y contratados por el Estado de Colorado's Departamento de políticas de atención de la salud y financiamiento (HCPF) para realizar servicios de revisión de registros médicos para determinar el grado y severidad de la discapacidad de acuerdo con los criterios y normas establecidas por la Administración de la Seguridad Social. Los registros están disponibles para revisión y auditoría HCPF. Las leyes, normas y reglamentos que se indica en el documento también se aplican a HCPF.

Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) no proporciona ni establecer la elegibilidad para Medicaid o cualquier beneficios de Medicare o programas.

Ley de Reducción del papeleo Declaración - Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, enmendada por la sección 2 de la Ley de 1995 sobre Reducción de papeleo. Calculamos que nos tomará aproximadamente 10 minutos para leer las instrucciones, recopilar los hechos y responder a las preguntas. Enviar o traer el formulario completado a ARBOR E & T, LLC dba ACCIÓN REVIEW GROUP (ARG), P.O. BOX 340, OLYPHANT, PA 18447. Puede enviar por fax este formulario para ARG en 1.877.672.2077. Puede llamar a ARG en 1.877.265.1864. Puede enviar un correo electrónico a ARG en ACTIONREVIEWGROUPMRT@ARBORET.COM