



Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información médica, financiera, personal y otra información del programa por parte de la agencia _____, el agente fiscal/empleador y por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Illinois. Esta información puede ser divulgada con el fin de determinar mi elegibilidad para los programas, la planificación de mis servicios y apoyos y el seguimiento de mi prestación de servicios. La información también puede utilizarse para auditar a las agencias que prestan mis servicios y para la revisión de los programas. La información sólo podrá divulgarse si es necesaria para cumplir estos fines.

Esta publicación es válida hasta el _____ (Fecha de caducidad).
(Debe completarse)

Los organismos autorizados para recibir esta información son los siguientes:

- * Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos;
- * Administración de la Seguridad Social de Estados Unidos;
- * Departamentos de Servicios Humanos, Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares y Salud Pública de Illinois;
- * Otras agencias estatales de Illinois que gestionan un programa de exención de Medicaid para servicios a domicilio y comunitarios;
- * Junta de Educación del Estado de Illinois; y
- * Agencias locales contratadas por el DHS para la prestación de servicios de coordinación, servicios de agente empleador u otros apoyos y servicios incluidos en mi plan de servicios individual.

Entiendo que tengo derecho a ver y copiar la información sobre mí que se divulgue. También entiendo que tengo derecho a negarme a divulgar información, pero que el DHS aún puede divulgar información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Nombre de la persona (en letra de imprenta o a máquina): _____

Firma de la persona o del representante autorizado: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN - La información recibida sobre el individuo se manejará de acuerdo con los requisitos de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (740 ILCS 110) y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

(antes DMHDD - 1214)