

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO SSA-827

ESTAS INSTRUÇÕES EM **(INSERIR IDIOMA)** CORRESPONDEM À VERSÃO EM INGLÊS DO FORMULÁRIO SSA-827. ASSINE, PREENCHA A DATA E ENTREGUE A VERSÃO EM INGLÊS DO FORMULÁRIO SSA-827 NO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO SOCIAL MAIS PRÓXIMO PARA DAR ENTRADA NA SUA DECLARAÇÃO DE INCAPACIDADE.

PESSOA cujos dados serão revelados

Preencha com seu nome completo, seu número do seguro social e sua data de nascimento.

AUTORIZAÇÃO PARA FORNECER INFORMAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DO SEGURO SOCIAL (SSA)

**** LEIA O FORMULÁRIO NA SUA INTEGRIDADE ANTES DE ASSINAR ABAIXO ****

Autorizo e solicito, voluntariamente, a divulgação dos meus dados (incluindo troca de documentos por escrito, verbal e por meio eletrônico):

DO QUE

1. Todos os registros e outros dados referentes ao meu tratamento, internação e atendimento ambulatorial da(s) minha(s) enfermidade(s), incluindo, mas não limitando-se a:
 - Problemas psicológicos, psiquiátricos ou outros distúrbios mentais (excluindo “anotações” de sessões de psicoterapia, conforme definido pelas leis federais 45 CFR 164.501)
 - Alcoolismo, abuso de drogas ou de outras substâncias.
 - Anemia falciforme.
 - Infecção pelo vírus da síndrome de imunodeficiência (HIV) – incluindo a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) ou exames de HIV – ou doenças sexualmente transmissíveis.
 - Doenças de causa genética (incluindo resultados de exames genéticos).
2. Informações sobre como minha(s) enfermidade(s) afeta(m) minha capacidade de realizar tarefas e atividades rotineiras diárias e como afeta(m) minha capacidade de trabalhar.
3. Cópias de exames ou avaliações escolares, incluindo Programas de Educação Individualizados, avaliações a cada três anos, avaliações psicológicas e fonoaudiológicas, e qualquer outro registro que possa servir de auxílio à avaliação de alguma função, além de avaliações e observações de professores.
4. Dados gerados em até 12 meses após a data de emissão e assinatura desta autorização, além de dados anteriores.

DE QUEM

- Todas as fontes de dados clínicos (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, psicólogos etc.) incluindo saúde mental, atendimento médico carcerário, tratamento de dependências químicas e instituições de assistência médica para veteranos de guerra.
- Todas as fontes de dados educacionais (escolas, professores, secretaria, conselheiros etc.)
- Assistentes sociais/de reabilitação
- Examinadores empregados pela SSA
- Empregadores
- Outras fontes de dados sobre minhas condições (família, vizinhos, amigos, servidores públicos)

PARA QUEM

Para a Administração do Seguro Social e o órgão do estado autorizado a processar o meu caso (normalmente conhecidos como “serviços de determinação de incapacidade”), incluindo a contratação de serviços de cópia, e médicos ou outros profissionais consultados durante o processo. [Em processos internacionais, destina-se também ao U.S. Department of State Foreign Service Post.]

COM QUAL FINALIDADE

Determinar qualificação de condição para o recebimento de benefícios, incluindo exame do efeito conjunto de quaisquer outras deficiências que, isoladamente, não se enquadrariam na definição de incapacidade da SSA; e determinar minha capacidade de administrar tais benefícios.

Assinale o quadrado à esquerda no formulário SSA-827 em inglês caso estejamos avaliando SOMENTE se você tem condições de administrar os benefícios.

PERÍODO EM VIGOR

Esta autorização tem validade de 12 meses a partir de sua data (indicada abaixo da minha assinatura).

- Autorizo o uso de uma cópia (incluindo cópia eletrônica) deste formulário na divulgação das informações descritas acima.
- Estou ciente de que há circunstâncias em que essas informações podem ser reveladas a terceiros (consulte a página 2 para obter mais detalhes).
- Reservo-me o direito de comunicar por escrito, à SSA e minhas fontes, a revogação desta autorização a qualquer momento (consulte a página 2 para obter mais detalhes).
- A SSA me fornecerá cópia deste formulário mediante minha solicitação; reservo-me o direito de solicitar às minhas fontes permissão para inspecionar ou ter acesso a uma cópia do material cedido.
- **Eu li as duas páginas deste formulário e concordo com a divulgação descrita acima de dados provenientes das fontes mencionadas.**

INDIVÍDUO que autoriza a divulgação dos dados

O indivíduo deve assinar e datar esta autorização, e informar o endereço, cidade, estado e código postal do local em que reside e também o seu número de telefone com código de área.

SE não for assinado pelo indivíduo que estará sujeito à divulgação, especifique a qualificação da autoridade que assina. Assinale o quadrado correspondente no formulário SSA-827 em inglês para indicar se a pessoa que assina é pai, guardião ou outro representante (especifique) de um indivíduo menor de idade. Assine o formulário SSA-827 em inglês no espaço apropriado se houver exigência por lei de uma segunda assinatura.

Testemunha: Neste parágrafo do formulário SSA-827 em inglês, alguém que conheça a pessoa que estiver assinando este formulário deve assinar como testemunha e fornecer seu endereço ou número de telefone. Há espaço para uma segunda testemunha se necessário.

Esta autorização geral e especial de divulgação de informação foi redigida visando à conformidade com as cláusulas referentes à divulgação de dados médicos, escolares e outros dados segundo a P.L. 104-191 (“HIPAA”); 45 CFR parágrafos 160 e 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR parágrafo 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g (“FERPA”); 34 CFR parágrafos 99 e 300; e lei estadual.

Explicação do formulário SSA-827, “Autorização para divulgação de informações para a Administração do Seguro Social (SSA)”

Precisamos da sua autorização por escrito para nos ajudar a obter as informações necessárias para dar entrada na sua requisição de benefícios e para determinar sua capacidade de administrar os benefícios. A legislação exige que as fontes de dados pessoais somente nos forneçam os dados com uma autorização assinada. A legislação também exige autorização específica para a liberação de informações sobre determinadas condições e fontes de dados escolares.

Você pode conceder essa autorização assinando um Formulário SSA-827. A lei federal permite que fontes detentoras de informações liberem as informações com sua assinatura em uma única autorização para liberação de todas as suas informações de todas as fontes possíveis. Faremos cópias da autorização para cada fonte. Alguns estados e fontes de informações exigem que a autorização especifique o nome da fonte autorizada a fornecer seus dados pessoais. Nesses casos, podemos pedir que você assine uma autorização para cada fonte e podemos voltar a entrar em contato com você caso necessário, para que assine outras autorizações.

Você tem o direito de revogar essa autorização a qualquer momento, mas não pode cancelar medidas já tomadas por uma fonte com base na autorização então existente. Para revogar sua autorização, envie uma declaração por escrito a qualquer posto de atendimento do Seguro Social. Neste caso, envie também uma cópia diretamente a qualquer uma de suas fontes cuja autorização você deseja revogar; a SSA é capaz de lhe informar se for identificada alguma fonte que você não tenha autorizado. A SSA pode utilizar informações reveladas antes do cancelamento da autorização para julgar sua requisição.

Faz parte da política da SSA prestar assistência às pessoas com competência limitada de se comunicar em inglês, ajudando-as em seus idiomas nativos ou forma de comunicação mais apropriada de acordo com o Decreto Executivo 13166 (11 de agosto de 2000) e com a lei “Individuals with Disabilities Education Act” (Lei Educativa para Pessoas com Incapacidade). A SSA faz todo esforço razoável para garantir que as informações do formulário SSA-827 lhe sejam fornecidas em seu idioma nativo ou idioma de sua preferência.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES, INCLUIND AVISO EXIGIDO PELA LEI DA PRIVACIDADE (PRIVACY ACT)

Todos os dados pessoais obtidos pela SSA são protegidos pela Lei da Privacidade (Privacy Act) de 1974. Uma vez que os dados clínicos são revelados à SSA, eles não são mais protegidos pelas cláusulas de privacidade de dados clínicos da lei federal 45 CFR parágrafo 164 (segundo a lei “Health Insurance Portability and Accountability Act” – HIPAA). A SSA mantém os dados pessoais em total conformidade com as normas de manutenção estabelecidas e mantidas com a Secretaria Nacional de Arquivos e Registros. Ao fim do ciclo de vida de um determinado registro, ele é destruído de acordo com as cláusulas de proteção da privacidade, especificadas na lei federal 36 CFR parágrafo 1228.

A SSA tem permissão para recolher as informações do formulário SSA-827 de acordo com as seções 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) e 1631 (e)(1)(A) da Lei da Previdência Social (“Social Security Act”). As informações obtidas neste formulário determinam sua qualificação para o recebimento de benefícios e sua capacidade de administrar quaisquer benefícios recebidos. Isso normalmente inclui análise das informações pelo órgão estadual que processa o seu caso, e equipes de controle de qualidade da SSA. Em alguns casos, seus dados também podem ser analisados por funcionários da SSA que processam o apelo de uma decisão, ou por investigadores encarregados de resolver alegações de fraude ou abuso, e podem ser usados em qualquer procedimento administrativo, civil ou criminal relacionado a esses procedimentos.

A assinatura deste formulário é voluntária, mas sua recusa em assiná-lo ou a revogação da sua autorização antes de recebermos as informações necessárias podem impedir que a decisão sobre sua requisição seja feita de forma correta ou dentro do prazo normal, podendo resultar na recusa ou perda dos benefícios. Embora as informações obtidas com este formulário quase nunca sejam usadas para qualquer outro objetivo além dos mencionados acima, elas podem ser divulgadas pela SSA sem seu consentimento nos casos permitidos pelas leis federais como a Lei da Privacidade (Privacy Act) e a Lei do Seguro Social (“Social Security Act”). A SSA pode, por exemplo, divulgar informações:

1. Para permitir a assistência de terceiros (médicos consultados) ou outros órgãos do governo à SSA na definição dos direitos e/ou cobertura dos benefícios do seguro social;
2. De acordo com a lei que autoriza o fornecimento de informações dos registros do Seguro Social (por exemplo: ao Corregedor Geral, a órgãos de assistência federal ou estadual ou a auditores, ou ao Departamento de Questões Referentes aos Veteranos de Guerra – VA);
3. Para pesquisa estatística e atividades de auditoria necessárias para garantir a integridade e o aperfeiçoamento dos programas do Seguro social (como a administração do censo e outros assuntos particulares nas relações com a SSA).

A SSA não repassa informações sem a devida autorização por escrito: (1) referente a alcoolismo e/ou abuso de drogas, de acordo com a lei federal 42 CFR parágrafo 2, ou (2) de registros escolares de menores de idade, de acordo com a lei federal 34 CFR parágrafo 99 (“Family Educational Rights and Privacy Act” – FERPA), ou (3) referente à saúde mental, limitações de desenvolvimento, AIDS ou HIV.

Também podemos usar as informações que você nos fornece ao fazer um cruzamento de registros no computador. Programas de cruzamento de informações comparam nossos registros com os registros de outros órgãos do governo federal, estadual ou local. Muitos desses órgãos podem usar programas de cruzamento de informações para localizar dados ou para provar que uma pessoa está qualificada para receber os benefícios pagos pelo governo federal. A lei nos permite essas medidas mesmo que você não esteja de acordo com elas.

Explicações sobre os possíveis motivos pelos quais as informações que você nos fornece podem ser usadas ou fornecidas podem ser obtidas em qualquer posto de atendimento do seguro social.

LEI DE REDUÇÃO DA BUROCRACIA (“PAPERWORK REDUCTION ACT”)

Esse recolhimento de informações é feito de acordo com os requisitos da lei 44 U.S.C. § 3507, e da emenda da Seção 2 da Lei de Redução da Burocracia (“Paperwork Reduction Act”) de 1995. Você não precisa responder essas perguntas, a menos que apresentemos um número de controle da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). Calculamos que são necessários cerca de 10 minutos para uma pessoa ler as instruções, analisar os fatos e responder as perguntas. ENVIE OU APRESENTE O FORMULÁRIO PREENCHIDO AO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO SOCIAL MAIS PRÓXIMO. Os postos podem ser encontrados na relação de órgãos do governo americano (U. S. Government) da lista telefônica ou no número 1-800-772-1213. Você pode enviar comentários sobre nosso cálculo do tempo de preenchimento para: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. Envie somente comentários relacionados à nossa estimativa para este endereço, não envie o formulário preenchido.