

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ SSA-827

ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ РУССКИМ ПЕРЕВОДОМ ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ SSA-827 НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВАМ СЛЕДУЕТ РАСПИСАТЬСЯ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ В АНГЛИЙСКОЙ ВЕРСИИ ДОКУМЕНТА SSA-827 И ВОЗВРАТИТЬ ЕГО В МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СЛУЖБЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SOCIAL SECURITY).

Чьи данные подлежат раскрытию
Пожалуйста, укажите Ваши имя, отчество, фамилию, номер социального обеспечения и дату рождения.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В СЛУЖБУ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSA)

**** ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СОДЕРЖАНИЕМ ДАННОГО ДОКУМЕНТА ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОСТАВИТЬ СВОЮ ПОДПИСЬ ****

Я в добровольном порядке даю свое разрешение на раскрытие и предоставление (включая на бумажном носителе, устно и в электронной форме):

ЧЕГО

1. Полной истории моей болезни и прочей информации, связанных с лечением, госпитализацией и амбулаторным лечением по поводу имеющихся у меня заболеваний, включая, но не ограничиваясь:
 - Психологические, психические и иные умственные расстройства (исключая «психотерапевтические записи», как это определяется в 45 CFR 164.501)
 - Алкоголизм или злоупотребление наркотическими средствами или иными психоактивными веществами
 - Серповидноклеточную анемию
 - Инфекцию вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) (включая синдром приобретенного иммунодефицита - СПИД) или венерические заболевания
 - Нарушения, связанные с генами (включая результаты генных тестов)
2. Информацию о том, каким образом мои заболевания влияют на мою способность выполнять задачи и функции ежедневного проживания и на мою способность заниматься трудовой деятельностью.
3. Копии тестов и проверок знаний, включая Индивидуализированные образовательные программы, трехлетние оценки, оценки психического состояния и уровня развития речи и все прочие данные функциональных оценок, а также копии результатов наблюдений и оценок педагогов.
4. Информацию, составленную в течение 12 месяцев с момента подписания данного документа, а также информацию, составленную ранее.

КЕМ

- Всеми медицинскими источниками информации (больницами, клиниками, лабораториями, лечащими врачами, психологами и т.д.), включая медицинские учреждения психического здоровья, исправительно-трудовых органов, по лечению от пристрастия и медицинские учреждения Управления по делам ветеранов (VA)
- Всеми источниками информации в области образования (школами, преподавателями, архивариусами, консультантами и т.д.)
- Работниками социальной сферы / консультантами по реабилитации
- Инспекторами-консультантами, привлеченными к работе Службой социального обеспечения (SSA)
- Работодателями
- Прочими лицами, которым может быть известно о моем состоянии (родственники, соседи, знакомые, официальные лица)

КОМУ

Службе социального обеспечения и органу штата, которому поручено рассмотрение моего дела (как правило называемому «комиссией по инвалидности»), включая контрактные службы по снятию копий с документов, а также врачам и другим профессиональным работникам, привлеченным к работе в качестве консультантов для рассмотрения Вашего заявления. [А также, для международных заявлений, Отделу заграникомандировок Государственного департамента США.]

С ЦЕЛЬЮ

Определения моего права на получение льгот, включая рассмотрение суммарного эффекта моих заболеваний, которые по отдельности не подпадают под определение инвалидности, принятое в SSA; а также определения моей способности воспользоваться этими льготами.

Если рассматривается ТОЛЬКО Ваша способность воспользоваться льготами, в английской версии формы SSA-827 следует отметить бокс слева.

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Данное разрешение действительно в течение 12 месяцев с даты его подписания (которая стоит под моей подписью).

- Я предоставляю разрешение на использование копий данного документа (включая электронные копии) для получения указанной выше информации.
- Я понимаю, что в определенных ситуациях информация может быть передана повторно другим лицам (см. стр. 2 для дополнительной информации).

- Я могу в любой момент в письменном виде отозвать данное мной разрешение из SSA и названных мной источников информации (см. стр. 2 для дополнительной информации).
- По моей просьбе SSA обязуется предоставить мне копию данной формы; я также могу обратиться к источнику информации с просьбой ознакомиться с предоставляемой им по запросу информацией или получить копию этой информации.
- Я ознакомился (ознакомилась) с информацией, содержащейся на обеих страницах данного документа, и даю свое разрешение на предоставление указанной информации источниками, перечисленными выше.

<p>ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО, предоставляющее разрешение на раскрытие информации</p> <p>Данное лицо должно поставить свою подпись и дату на данном документе и указать полностью свой домашний адрес и телефон (включая код города).</p>	<p>Если данный документ подписан лицом, отличным от лица, в отношении которого предоставляется информация, укажите основания для полномочий в подписании. Отметьте соответствующий бокс в английской версии формы SSA-827, чтобы указать, является ли лицо, подписывающее данный документ, родителем несовершеннолетнего ребенка, его опекуном или его иным личным представителем (объясните). Подпишите английский вариант формы SSA-827 в отведенном для этого месте в том случае, если по закону требуется вторая подпись.</p>
---	---

Свидетель: В данном разделе английской версии формы SSA-827 лицо, лично знакомое с лицом, подписавшим данный документ, должно поставить свою подпись в качестве свидетеля и указать свой телефон или адрес. На бланке отведено также место для подписи второго свидетеля, если таковая необходима.

Данное общее и специальное разрешение на предоставление информации было составлено на основе положений, регулирующих порядок предоставления медицинской, образовательной и прочей информации согласно P.L. 104-191 («HIPAA»); 45 CFR, части 160 и 164; Свода законов США 42, раздел 290dd-2; 42 CFR, часть 2; Свода законов США 38, раздел 7332; 38 CFR 1.475; Свода законов США 20, раздел 1232g («FERPA»); 34 CFR, части 99 и 300; и законодательства штата.

Пояснения к форме SSA-827,

«Разрешение на предоставление информации в Службу социального обеспечения (Social Security Administration SSA)»

Ваше письменное разрешение требуется для того, чтобы получить информацию, необходимую для рассмотрения Вашего заявления на получение льгот, и для определения Вашей способности воспользоваться этими льготами. В соответствии с действующим законодательством и нормативными актами источники персональной информации могут раскрывать эту информацию только при наличии у них на это подписанного разрешения. Кроме этого, по закону для раскрытия информации об определенных видах заболеваний и информации из образовательных источников требуется наличие особого разрешения.

Вы можете предоставить необходимое разрешение, подписав бланк формы SSA-827. В соответствии с федеральным законодательством информация о Вас может раскрываться источниками на основе единого подписанного вами разрешения на предоставление всей имеющейся информации из всех возможных источников. Для обращения в каждый источник будет использоваться отдельная копия. В некоторых штатах и по правилам отдельных источников в разрешении должно конкретно указываться название источника, которому Вы предоставляете разрешение на раскрытие персональной информации. В подобных случаях мы можем попросить Вас подписать по одному экземпляру разрешения для каждого источника информации, и мы также можем связаться с Вами повторно в том случае, если нам потребуется Ваша подпись на дополнительных бланках документа.

Вы имеете право в любой момент отозвать данное Вами разрешение за исключением тех случаев, когда источник информации уже воспользовался данным Вами разрешением и предоставил информацию. Для отзыва разрешения следует подать письменное заявление в любое отделение Службы социального обеспечения. Рекомендуется также отправить копии заявления об отзыве разрешения на предоставление информации непосредственно в те источники информации, из которых Вы не желаете, чтобы информация была раскрыта; SSA может уведомить Вас о выявленных нами источниках информации, о которых Вы нам не сообщили. При рассмотрении Вашего заявления SSA может использовать информацию, предоставленную нам до отзыва Вами своего разрешения на предоставление информации.

По правилам SSA обслуживание лиц с ограниченным знанием английского языка должно осуществляться на их родном языке или в предпочтительной для них форме общения в соответствии с Указом 13166 от 11 августа 2000 г. и Законом о предоставлении образования лицам на инвалидности (Individuals with Disabilities Education Act). SSA делает все возможное для предоставления Вам информации в форме SSA-827 на Вашем родном языке или предпочтительном для Вас языке общения.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ВКЛЮЧАЯ УВЕДОМЛЕНИЕ, ПРЕДПИСЫВАЕМОЕ ПОЛОЖЕНИЯМИ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

Вся собираемая SSA персональная информация находится под защитой Закона об охране частной жизни от 1974 г. (Privacy Act of 1974). Как только информация будет предоставлена в SSA, на нее более не распространяются положения об обеспечении конфиденциальности медицинской информации CFR, часть 164 (согласно Закона США о переводе и сохранении медицинской страховки в случае смены застрахованным места работы (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA)). Персональная информация хранится в SSA в строгом соответствии с установленными Управлением национальных архивов и записей (National Archives and Records Administration) сроками хранения информации. По истечении срока хранения документ уничтожается согласно положениям 36 CFR, часть 1228 об охране частной жизни.

Полномочия на сбор информации на форме SSA-827 предоставлены SSA разделами 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) и 1631 (e)(1)(A) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act). Информация, полученная посредством использования данной формы, предназначена для определения Вашего права на получение льгот и Вашей способности воспользоваться любыми предоставленными Вам льготами. Это, как правило, включает рассмотрение собранной информации работниками правительственного органа штата, которому поручено рассмотрение Вашего дела, и работниками SSA по контролю за качеством обслуживания. В отдельных случаях Ваша информация может быть рассмотрена сотрудниками SSA, занимающимися рассмотрением апелляции принятого решения, или следователями, занимающимися расследованием дел по подозрению в обмане или злоупотреблениях. Эта информация также может быть использована в любых судебных действиях административного, гражданского или уголовного порядка, связанных с вышеизложенным.

Подписание данной формы является добровольным, но отказ от ее подписания или ее отзыв до получения нами всей необходимой информации могут воспрепятствовать принятию правильного и своевременного решения по Вашему делу и привести к отказу в предоставлении льгот или их утрате. Хотя информация, которую мы собираем посредством использования данной формы, почти никогда не используется ни для каких иных целей, отличных от указанных выше, эта информация может быть раскрыта SSA без Вашего согласия в случаях, предусмотренных федеральным законодательством, как то Закон об охране частной жизни (Privacy Act) и Закон о социальном обеспечении (Social Security Act). Например, SSA может раскрыть эту информацию:

1. для оказания содействия третьей стороне (как то: консультирующий врач) или другим правительственным органам, которые помогают SSA в определении наличия у Вас права на получение льгот и/или пособий Социального обеспечения;
2. согласно законодательству, разрешающему раскрытие информации, хранящейся в архивах Службы социального обеспечения (как то: Главному ревизору, органам, предоставляющим льготы, и аудиторам на федеральном уровне и на уровне штата, или в Министерство по делам ветеранов (VA));
3. для статистических исследований и аудитных проверок, необходимых для обеспечения целостности и повышения качества программ Социального обеспечения. (как то: в Комиссию по переписи населения и в частные компании, сотрудничающие с SSA по контракту).

Без получения должного письменного разрешения SSA не может осуществлять повторного раскрытия информации: (1) связанной со злоупотреблением алкоголя и/или наркотических средств согласно 42 CFR, часть 2, или (2) полученной из образовательных источников в отношении несовершеннолетнего лица согласно 34 CFR, часть 99 (Закон о правах семьи в области образования и охраны частной жизни (Educational Rights and Privacy Act - FERPA)), или (3) связанной с психическим здоровьем, умственной отсталостью, СПИДом и ВИЧем.

Предоставляемая информация также может использоваться для сопоставления компьютерных данных. Использование программ сопоставления данных позволяет сравнивать имеющиеся данные с данными, полученными из других федеральных, муниципальных правительственных органов и правительственных органов штата. Программы сопоставления данных могут использоваться многими правительственными органами для определения или проверки права заявителей на получение льгот из федерального бюджета. Подобная деятельность разрешена законом даже в том случае, если Вы возражаете против этого.

Для разъяснения причин, на основании которых предоставляемая Вами информация может быть использована или передана другим лицам, Вы можете обратиться в любое отделение Службы социального обеспечения.

ЗАКОН О СОКРАЩЕНИИ ОБЪЕМА ДОКУМЕНТАЦИИ

Сбор информации осуществляется в соответствии со Сводом законов США 44 (44 U.S.C.), § 3507, с поправками, внесенными Разделом 2 Закона о сокращении объема документации (Paperwork Reduction Act) от 1995 г. Вы не обязаны отвечать на поставленные вопросы при отсутствии вывешенного на видном месте действительного контрольного номера Департамента по вопросам управления и бюджету. По оценкам, на ознакомление с инструкциями, сбор необходимых фактов и ответы на вопросы у вас должно уйти 10 минут. **ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК СЛЕДУЕТ ПРИСЛАТЬ ПО ПОЧТЕ ИЛИ ПРИНЕСТИ В МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СЛУЖБЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.** Адрес отделения можно найти в телефонной книге в разделе правительственных учреждений федерального правительства США или позвонив в Службу социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213. *Свои комментарии по поводу оценки времени Вы можете выслать на адрес: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. На этот адрес следует высылать только комментарии, связанные с оценкой времени, а не сам заполненный бланк формы.*