

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO SSA-827

ESTAS INSTRUCCIONES EN ESPAÑOL BRINDAN LOS TÉRMINOS DE LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL FORMULARIO SSA-827. USTED DEBE FIRMAR, ESCRIBIR LA FECHA Y DEVOLVER EL FORMULARIO SSA-827 EN INGLÉS A SU OFICINA DE SEGURO SOCIAL LOCAL PARA QUE SE PROCESA SU SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD.

A QUIÉN pertenecen los expedientes que se revelarán
Indique su nombre, inicial y apellido,
número de seguro social y fecha de nacimiento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA, por sus siglas en inglés)

**** POR FAVOR, LEA TODAS LAS PÁGINAS DEL FORMULARIO ANTES DE FIRMAR ****

Por voluntad propia, autorizo y solicito que se divulgue la siguiente información (incluyendo el intercambio electrónico, en papeles y verbal):

QUÉ

1. Todos los expedientes y demás información relacionada con el tratamiento, la hospitalización y atención ambulatoria de mi(s) incapacidad(es), incluyendo, y no limitado a:
 - Incapacidades psicológicas, psiquiátricas o problemas mentales de otro tipo (excluye las "notas de psicoterapia", según definido en CFR 45 64.501
 - Drogadicción, alcoholismo y consumo de otras sustancias
 - Anemia falciforme
 - Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluyendo síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA] o pruebas de detección del SIDA) o enfermedades de transmisión sexual
 - Incapacidades asociadas con los genes (incluyendo resultados de pruebas genéticas)
2. Información sobre como dichas incapacidades afectan mi capacidad para llevar a cabo tareas y actividades del diario vivir, y mi capacidad para trabajar.
3. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo Programas Educativos individualizados, evaluaciones trimestrales, evaluaciones psicológicas y del habla, y cualquier otro expediente que pueda ayudar a evaluar la función, además de evaluaciones y observaciones de los docentes.
4. Información generada 12 meses después de haber firmado esta autorización, así como información anterior.

DE QUIÉN

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluyendo instituciones de salud mental, correccionales, tratamiento de adicción y atención de la salud de VA
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de expedientes, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Consultores médicos usados por SSA
- Empleadores
- Otras personas que puedan tener información relacionada sobre su condición (familiares, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

A QUIÉN

A la Administración del Seguro Social y al organismo del estado autorizado a procesar mi caso (generalmente denominado "Agencias de Determinación de Incapacidad"), incluyendo los servicios de copias por contrato y los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso. [Además, para reclamaciones internacionales, a las oficinas en el extranjero del Departamento de Estado de EE.UU.]

PROPÓSITO

Determinar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluyendo la consideración del efecto de impedimentos combinados, que por sí solos, no cumplen con la definición de incapacidad de la SSA, y establecer si puedo manejar tales beneficios.

Si SÓLO estamos determinando si usted es capaz de manejar los beneficios, marque el casillero de la izquierda en el SSA-827 en inglés.

CUÁNDO CADUCA

Esta autorización es válida durante los 12 meses posteriores a la fecha en que es firmada (se encuentra debajo de mi firma).

- Autorizo a utilizar una copia (incluyendo una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Comprendo que existen circunstancias en las que esta información puede divulgarse más de una vez a otras partes (consulte la página 2 para más detalles).
- Tengo la facultad de escribir a la SSA y a mis fuentes para revocar la presente autorización en cualquier momento (consulte la página 2 para conocer detalles).
- SSA me entregará una copia de este formulario, si lo solicito. Asimismo, puedo pedir a la fuente de información que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que se divulgará.
- He leído ambas páginas del presente formulario y doy mi consentimiento para que las fuentes de información enumeradas divulguen la información descrita anteriormente.

PERSONA que autoriza la divulgación de información

La persona debe firmar y escribir la fecha en esta autorización, e indicar su domicilio, ciudad, estado y código postal, así como su número de teléfono con el correspondiente código de área.

Si la firma no pertenece a la persona cuya información está siendo divulgada, especifique la base de la autorización para firmar. Marque el casillero que corresponda en el formulario SSA-827 en inglés para indicar si la persona que firma es padre de un menor, tutor legal u otro representante personal (explique). Si la ley requiere una segunda firma, firme el formulario SSA-827 en inglés en el espacio destinado.

Testigo: En esta sección del formulario SSA-827 en inglés, aquél que conozca al individuo que firmó el formulario debe firmar como testigo e indicar su número de teléfono o domicilio. Hay espacio para un segundo testigo, si es necesario.

Esta autorización general y especial para divulgar información fue desarrollada para cumplir con las disposiciones relacionadas con la divulgación de información médica, educativa y de otro tipo, conforme a P.L. 104-191 ("HIPAA"); CFR 45, partes 160 y 164; Código de EE.UU. 42, sección 290dd-2; CFR 42, parte 2; Código de EE.UU. 38, sección 7332; CFR 38 parte 1.475; Código de EE.UU. 20, sección 1232g ("FERPA"); CFR 34, partes 99 y 300; y legislación estatal.

Explicación del formulario SSA-827, "Autorización para divulgar información a la Administración del Seguro Social"

Necesitamos su autorización por escrito para obtener la información necesaria para tramitar su solicitud de beneficios y determinar su capacidad para administrar los beneficios. Las leyes y reglamentos exigen que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de darnos a conocer dicha información. Además, la legislación exige una autorización específica para la divulgación de información sobre determinadas condiciones e información proveniente de fuentes educativas.

Usted puede proporcionar esta autorización al firmar el Formulario SSA-827. La legislación federal permite que las fuentes que poseen información sobre su persona divulguen dicha información si usted firma una sola autorización de divulgación de toda la información de todas las fuentes posibles. Nosotros haremos copias de la misma y la entregaremos a cada fuente. Algunos estados y algunas fuentes de información personal exigen que la autorización mencione específicamente la fuente a la que usted autoriza divulgar su información personal. En tales casos, le pediremos que firme una autorización para cada fuente y volveremos a comunicarse con usted si necesitamos que firme otras autorizaciones.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya haya actuado basándose en la misma. Para revocarla, envíe una declaración escrita a cualquier Oficina del Seguro Social. Cuando lo haga, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes, indicando que ya no desea que divulguen información sobre su persona; la SSA podrá avisarle si hemos identificado alguna fuente que usted no nos haya indicado. La SSA puede utilizar la información divulgada antes de la revocación para tomar una decisión sobre su solicitud.

Es política de la SSA prestar servicios a personas con dominio limitado del inglés en su idioma nativo o el modo de comunicación que prefieran, conforme con la Ordenanza Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y a la Ley de Educación para Personas con Incapacidades (Individuals with Disabilities Education Act). La SSA toma todas las medidas posible para garantizar que la información del formulario SSA-827 le sea suministrada en su idioma nativo o en el que usted prefiera.

INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUYENDO INFORMACIÓN MANDATORIA SOBRE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información personal que reúna la SSA está protegida por la Ley de Confidencialidad (Privacy Act) de 1974. Una vez que la información médica es divulgada a la SSA, deja de estar protegida por las disposiciones de confidencialidad de la información médica del CFR 45, parte 164 (según lo exige la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA, por sus siglas en inglés]). La SSA retiene la información personal en estricta observación de los programas de retención establecidos y mantenidos conjuntamente con la Administración Nacional de Archivos y Expedientes (National Archives and Records Administration). Al finalizar el ciclo de vida útil de un expediente, éste se destruye conforme a las disposiciones de confidencialidad que especifica el CFR 36, parte 1228.

El Seguro Social tiene autorización para recopilar la información en el formulario SSA-827 según las secciones 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) y 1631 (e)(1)(A) de la Ley del Seguro Social. La información que se obtiene con este formulario se utiliza para determinar su elegibilidad a recibir beneficios y su capacidad para administrar los beneficios que pudiera recibir. Este uso habitualmente incluye la revisión de la información por parte del organismo estatal que procesa su caso y el personal de control de calidad de SSA. En algunos casos, la información también será revisada por el personal de SSA que procesa su apelación a una decisión o por los investigadores que deban resolver acusaciones de fraude o abuso, y puede ser utilizada en cualquier procedimiento administrativo, civil o criminal que este relacionado.

Es voluntario firmar este formulario, pero no firmarlo o revocarlo antes de que recibamos la información necesaria puede impedir que se tome una decisión precisa u oportuna sobre la solicitud, y puede originar la negación o pérdida de beneficios. Aunque la información que se obtiene en este formulario rara vez se utiliza con fines distintos a los antes mencionados, la SSA puede divulgarla sin su consentimiento, si así lo autorizan leyes federales como la Ley de Protección de Confidencialidad y la Ley del Seguro Social (Privacy Act y Social Security Act, respectivamente). Por ejemplo, la SSA puede divulgar información:

1. Para permitir que un tercero (por ejemplo, un médico consultante) u otro organismo gubernamental ayude a la SSA a establecer derechos a los beneficios y/o la protección del Seguro Social;
2. En virtud de la ley que autoriza la divulgación de información de los expedientes de Seguro Social (por ejemplo, al Inspector General, a los auditores u organismos de beneficios estatales o federales, o al Departamento de Asuntos de Veteranos [Department of Veterans Affairs o VA]);

3. Para investigaciones estadísticas y actividades de auditoría necesarias para garantizar la integridad y la mejora de los programas de Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina del Censo [Bureau of the Census] y asuntos privados bajo contrato con la SSA).

La SSA no volverá a divulgar información, sin el correspondiente consentimiento por escrito previo: (1) relacionada con drogadicción o alcoholismo, según cubierto en el CFR 42, parte 2; (2) proveniente de expedientes educativos de un menor que se obtuvieron conforme al CFR 34, parte 99 (Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia [Family Educational Rights and Privacy Act o FERPA, por sus siglas en inglés]); o (3) relacionada con la salud mental, incapacidades del desarrollo, SIDA o VIH.

También podemos utilizar la información que usted nos entrega para comparar expedientes por computadora. Los programas de comparación comparan nuestros expedientes con los de otros organismos gubernamentales federales, estatales o locales. Muchos organismos pueden utilizar este tipo de programas para buscar o comprobar que una persona cumple con los requisitos necesarios para recibir los beneficios que paga el gobierno Federal. La ley nos autoriza a hacerlo aunque no contemos con su consentimiento.

Las explicaciones sobre los posibles motivos que pueden llevarnos a utilizar o a divulgar la información que usted nos brinda están disponibles a pedido en cualquier oficina del Seguro Social.

LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO (PAPERWORK REDUCTION ACT)

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo de 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. **ENVÍE EL FORMULARIO UNA VEZ COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. La oficina aparece en la guía telefónica bajo agencias del gobierno de los EE.UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Puede enviar comentarios sobre nuestro estimado del tiempo aproximado que le toma completar el formulario a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD. 21235-0001. Por favor sólo envíe comentarios sobre nuestro estimado, no sobre el formulario, a la dirección arriba mencionada.**