



Estado de Utah
Departamento de Workforce Services
**AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN
DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID**

_____/_____/_____
Nombre del Cliente # de Seguro Social PID Fecha de nacimiento

Yo _____ autorizo aquí al
(Cliente o Representante Autorizada)

Departamento de Salud de Utah, por su División de Finanzas de Cuidado de Salud, y/o el Departamento de Workforce Services para revelar información del expediente de elegibilidad para Medicaid de los archivos del cliente nombrado más arriba al:

(Nombre del Individuo o Organización que Recibirá la Información)

La razón por la revelación es: permitir que el Medicaid comparta libremente toda información sobre:

- La solicitud actual para Medicaid del cliente, o
- El caso del cliente de Medicaid actualmente abierto, o
- La solicitud/caso de Medicaid del cliente, que fue negado(a)/cerrado(a) el _____.

Esta autorización entra en vigencia a partir de la fecha de la firma en este formulario, y:

- Para una solicitud que es aprobada – hasta que se cierre el caso, más el tiempo requerido para seguir con cualquier apelación del cierre.
- Para una solicitud que es denegada – hasta que se deniegue el caso, más el tiempo requerido para seguir con cualquier apelación de la denegación.

Comprendo también que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, al enviar notificación por escrito a mi trabajador de caso. Comprendo que una revocación no es efectiva tanto que la División de Finanzas de Cuidado de Salud o el Departamento de Workforce Services ha usado la información de salud revelada. Comprendo también mis derechos y responsabilidades descritos en el Aviso de Políticas de Política que recibí. Para una copia del Aviso de Políticas de Política, vaya al sitio siguiente:
<http://health.utah.gov/hipaa/privacy.htm>.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Comprendo también que la División de Finanzas de Cuidado de Salud o el Departamento de Workforce Services no puede denegar elegibilidad para beneficios si me niego a firmar esta autorización.

Comprendo que, desde que se revele información bajo esta autorización, sería posible que ya no seré protegido bajo las leyes de privacidad médica. Puede ser revelada por la persona o agencia que la recibe.

Nota: El DWS no revela documentos controlados sin el permiso del departamento legal de DWS.

Al firmar este formulario, autorizo que la persona o organización más arriba sea mi representante y autorizo la revelación de la información en mis archivos como está descrita más arriba. Reconozco que me han dado una fotocopia de esta autorización firmada.

_____/_____
Firma del Cliente o Representante Autorizada Fecha

_____/_____
Firma de un Padre o Custodio, si tiene menos de 18 años Fecha

Si está firmado por una Representante Autorizada, una descripción de la autoridad de servir: _____

Compañía y Programa Empresarial No Discriminatoria.

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles a personas minusválidas bajo petición, al llamar al (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en Español, llame al 1-800-346-3162.