



ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)

Autorización para Acceder a los Registros de Facilitación de SSI Authorization for SSI Facilitation Records

Utilice este formulario para autorizar a la Administración de Servicios Económicos de DSHS (ESA) a que brinde información relevante sobre usted a alguien que le asiste en el proceso de facilitación de SSI. Se enviará su solicitud de registros sobre su aplicación a SSI a un facilitador a fin de brindar la información necesaria. No utilice este formulario para hacer una solicitud de divulgación pública de registros. No será derivado a esa unidad. Por favor, utilice el formulario 17-063 de DSHS cuando solicite registros bajo la Ley de Registros Públicos.

Autorización para compartir los registros de:

| | | | | |
|----------|--------|----------------|---------------------|-------------------------|
| APELLIDO | NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
|----------|--------|----------------|---------------------|-------------------------|

| | |
|---|--------------------|
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE SI SE CONOCE | NOMBRES ANTERIORES |
|---|--------------------|

Compartir con:

| | | | |
|----------|--------|----------------|--------|
| APELLIDO | NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TÍTULO |
|----------|--------|----------------|--------|

| |
|---|
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O NEGOCIO, SI CORRESPONDE |
|---|

| | | | |
|-----------|--------|--------|---------------|
| DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|-----------|--------|--------|---------------|

| | | |
|---|---------------|---------------------------------|
| NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) | NÚMERO DE FAX | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---------------|---------------------------------|

Autorizo a DSHS a compartir cualquiera de los siguientes registros a menos que los tache:

- Resultados del examen de VIH/SIDA y ETS, diagnóstico o registros de tratamiento
- Registros de salud mental
- Registros de dependencia química

- Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento, pero eso no afectará la información ya compartida.
- Entiendo que mis registros no seguirán siendo protegidos por las leyes que apliquen a DSHS después de haberse compartido con el solicitante.
- Esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma.
- Mis beneficios o servicios no dependen de que yo firme este formulario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Autorizado por:

| | | |
|-------|-------|---|
| FIRMA | FECHA | NÚMERO DE TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA) |
|-------|-------|---|

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE EN LETRA IMPRENTA | TESTIGO, SI FUERA NECESARIO |
|--------------------------|-----------------------------|

Si no soy la persona que está sujeta a estos registros, estoy autorizado(a) a firmar porque soy (adjuntar prueba de autoridad): Padre del menor Tutor legal Representante personal Otro

