

Departamento de asistencia transitoria
Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes
Suplemento de incapacidad

¿Necesita ayuda para completar el formulario adjunto? Llame al DTA al 1-877-382-2363. DTA le ayudará a completar el formulario.

Usted le informó a DTA que no puede trabajar debido a uno o más problemas de salud. UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés) decide para DTA si usted está incapacitado bajo el programa de Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes (TAFDC, por sus siglas en inglés). DES examinará sus expedientes médicos y otra información para tomar esta decisión.

El formulario adjunto se llama “Suplemento de incapacidad.” DES necesita respuestas para las preguntas de este formulario con el fin de decidir si usted está incapacitado bajo las reglas de DTA. El formulario hace preguntas sobre sus problemas de salud y sobre dónde recibe tratamiento. El formulario también hace preguntas sobre sus antecedentes laborales, tiempo en la escuela, y lo que hace todos los días.

Para obtener una exención del requisito laboral y límite de tiempo de **TAFDC** basándose en su incapacidad, usted debe:

- llenar el Suplemento de incapacidad y enviarlo por correo a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, o por fax al (617) 887-8765; y
- cooperar con DES.

Si usted no hace estas cosas:

- DTA puede rechazar su solicitud; o
- DTA puede disminuir sus beneficios.

Dígale inmediatamente a DTA si necesita ayuda para completar el Suplemento de incapacidad.

Dígale inmediatamente a DTA si necesita ayuda para encontrar un médico.

(vea el otro lado) ►

Departamento de asistencia transitoria
Asistencia transitoria para familias con hijos dependientes
Suplemento de incapacidad

CÓMO COMPLETAR EL SUPLEMENTO DE INCAPACIDAD:

- **Firme y coloque la fecha en un Formulario de divulgación de expedientes médicos por cada proveedor de atención médica y de salud mental indicado en la página 3, Parte 2: Información sobre todos sus proveedores de atención médica y de salud mental. Los proveedores de atención médica y de salud mental pueden incluir médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, quiroprácticos, hospitales centros de salud o clínicas de los cuales recibe tratamiento. Es muy importante que firme y coloque la fecha en un formulario diferente para cada proveedor. DES le devolverá los formularios si no firma y coloca la fecha en un formulario diferente para cada proveedor.**
- Escriba a máquina o en imprenta claramente.
- Use un bolígrafo. No use un lápiz.
- Complete el formulario lo mejor que pueda. Llame DTA si desea hacer preguntas o necesita ayuda para completar el formulario. También puede llamar a la línea de ayuda de DES al 1-888-497-9890 para obtener ayuda para completar este formulario.
- Escriba detalles sobre todos los problemas de salud mental y médica que usted tenga.
- Envíe por correo el formulario original completado a: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, o por fax al (617) 887-8765.

DTA le enviará el formulario a DES. DES revisará el formulario. DES solicitará expedientes médicos de todos los médicos y otros proveedores de atención médica que indique en el formulario. DES lo llamará o le enviará una carta si necesitara más información.

DES decidirá su caso con mayor rapidez si usted completa cada parte del formulario. DES decidirá su caso con mayor rapidez si usted firma y coloca la fecha en un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para **cada** proveedor de atención médica y de salud mental.

Suplemento de incapacidad

Informe al DTA si necesita ayuda con este formulario. También puede llamar a la línea de ayuda de UMASS/ Servicios de evaluación de incapacidades (DES) al 1-888-497-9890.

Información sobre usted

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|---|
| Apellido | Nombre | Inicial | Número de Seguro Social - - |
| Dirección | | No. de Dpt./Suite | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
| Ciudad/Pueblo | | Código postal | Fecha de nacimiento / / |
| No. de teléfono de la casa | No. de teléfono celular | Otro No. de teléfono /del trabajo | |
| Nombre del caso (si es diferente) | | Número de Seguro Social del caso (si es diferente) | |

Complete cada sección de este formulario. Si no completa cada sección, es posible que no podamos decidir si usted está incapacitado.

Es posible que debamos programar una cita con un médico para usted. ¿Cuáles son los mejores horarios para usted para acudir a una cita? Indique todos los horarios que le convengan.

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cualquier horario está bien | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lunes A.M. | <input type="checkbox"/> Martes A.M. | <input type="checkbox"/> Miércoles A.M. | <input type="checkbox"/> Jueves A.M. | <input type="checkbox"/> Viernes A.M. |
| <input type="checkbox"/> Lunes P.M. | <input type="checkbox"/> Martes P.M. | <input type="checkbox"/> Miércoles P.M. | <input type="checkbox"/> Jueves P.M. | <input type="checkbox"/> Viernes P.M. |

| |
|---|
| ¿Solicitó beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, ¿visitó a un médico para hacerse un examen? Nombre del médico: _____ |
| Fecha del examen: ____/____/____ |

| |
|---|
| ¿Alguna vez experimentó violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, ¿está trabajando con un especialista en violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Díganos el nombre y número de teléfono de la persona: _____ |

Suplemento de incapacidad**Parte 1. Sus problemas de salud**

Enumere y describa todos sus problemas de salud médicos y mentales. Escriba todo lo que le dificulte trabajar. Escriba detalles sobre un problema aunque no reciba tratamiento o tome medicamentos para ese problema.

| Enumere sus problemas de salud médicos y/o mentales. | Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud. | Fecha en que comenzó el problema. | Medicamentos |
|---|---|--|---------------------|
| <i>Depresión</i> EJEMPLO | <i>Muy cansado todo el tiempo. Difícil dejar la cama por la mañana. Lloro mucho durante el día. No puedo controlar el llanto.</i> | <i>Abril 2007</i> | <i>Ninguno</i> |
| <i>Dolor de espalda</i> EJEMPLO | <i>El dolor comienza en la zona lumbar y baja a la pierna</i> | <i>Junio 2002</i> | <i>Skelexin</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Alguno de sus problemas de salud comenzó debido a un accidente o una lesión? Sí No
Si respondió sí, sírvase explicarlo:

Suplemento de incapacidad**Parte 2. Información sobre todos sus proveedores de atención médica y de salud mental**¿Recibió atención médica el año pasado? Sí No

Por favor indique todos los médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeras especializadas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, quiroprácticos, hospitales, centros de salud o clínicas que lo trataron por alguno de sus problemas de salud desde que comenzaron. Si no puede recordar todos, haga lo mejor que pueda. Puede escribir en una hoja por separado si se termina el espacio.

| Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica | Motivo de la visita | ¿Fue esta visita el año pasado? |
|--|---------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por cada médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica en esta lista.

Asegúrese de firmar y colocar la fecha en cada formulario.

Estos Formularios de Divulgación de Expedientes Médicos están al final de este formulario.

Parte 3. Dónde vive

¿Dónde vive? (Marque uno.)

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casa o departamento | <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Casa grupal | <input type="checkbox"/> Instalación estatal |
| <input type="checkbox"/> Centro de enfermería | <input type="checkbox"/> Hospital de rehabilitación | <input type="checkbox"/> Otro (describa) | |

Suplemento de incapacidad**Parte 4. Lo que puede hacer**

¿Es usted:

 Diestro/Derecho? Zurdo/Izquierdo?¿Sus problemas de salud médicos o mentales **le dificultan** hacer las siguientes cosas?

| | Si respondió sí, marque aquí | Si respondió sí, sírvase explicarlo: |
|---|------------------------------|---|
| Vestirse y bañarse EJEMPLO | ✓ | <i>El dolor del hombro me hace difícil levantar el brazo sobre la cabeza. Esto me dificulta ponerme la camisa o lavarme el cabello.</i> |
| Hacer tareas domésticas regulares EJEMPLO | ✓ | <i>Cuando estoy deprimido, no me importa si la casa está limpia.</i> |
| Sentarse | <input type="checkbox"/> | |
| Pararse | <input type="checkbox"/> | |
| Caminar | <input type="checkbox"/> | |
| Agacharse | <input type="checkbox"/> | |
| Alcanzar | <input type="checkbox"/> | |
| Levantar | <input type="checkbox"/> | |
| Recordar | <input type="checkbox"/> | |
| Ver | <input type="checkbox"/> | |
| Escuchar | <input type="checkbox"/> | |
| Usar sus manos | <input type="checkbox"/> | |
| Vestirse y bañarse | <input type="checkbox"/> | |
| Hacer tareas domésticas regulares | <input type="checkbox"/> | |
| Escuchar música | <input type="checkbox"/> | |
| Ver televisión | <input type="checkbox"/> | |
| Usar una computadora | <input type="checkbox"/> | |
| Leer | <input type="checkbox"/> | |
| Hablar por teléfono | <input type="checkbox"/> | |
| Artesanías y manualidades | <input type="checkbox"/> | |
| Salir | <input type="checkbox"/> | |
| Ir a caminar | <input type="checkbox"/> | |
| Ir de un lugar al otro | <input type="checkbox"/> | |
| Ir de compras | <input type="checkbox"/> | |
| Ir al médico | <input type="checkbox"/> | |
| Visitar amigos y familiares | <input type="checkbox"/> | |

Suplemento de incapacidad**Parte 4. Lo que puede hacer (continuación)**

| ¿Sus problemas de salud médicos o mentales le dificultan hacer las siguientes cosas? | | |
|---|------------------------------|--------------------------------------|
| | Si respondió sí, marque aquí | Si respondió sí, sírvase explicarlo: |
| Salir a comer | <input type="checkbox"/> | |
| Ir a la escuela | <input type="checkbox"/> | |
| Manejar dinero | <input type="checkbox"/> | |
| Usar un cajero automático (ATM) | <input type="checkbox"/> | |
| Manejar un auto | <input type="checkbox"/> | |
| Tomar un autobús o un tren | <input type="checkbox"/> | |
| Hacer deportes | <input type="checkbox"/> | |
| Otro (describa) | <input type="checkbox"/> | |

Parte 5. Su idioma

| | |
|---------------------------------------|---|
| ¿Habla inglés? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado |
| ¿Entiende inglés? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado |
| ¿Lee en inglés? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado |
| ¿Escribe en inglés? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado |
| ¿Cuál es su idioma materno? | |
| ¿Puede leer en su idioma materno? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado |
| ¿Puede escribir en su idioma materno? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Limitado |

Parte 6. Escuela

| 1. Indique el grado escolar más alto que completó. | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17+ |

| | |
|--|--|
| ¿En qué año completó este grado? | |
| ¿Dónde fue a la escuela? | |
| ¿Repitió algún grado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Estuvo en educación especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
| ¿Completó más de 12 años de escuela? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, favor de indicar su título y carrera: | |

Suplemento de incapacidad

| | |
|---|---|
| ¿Recibió alguna otra capacitación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, complete las secciones a continuación. | |

| Tipo de capacitación | Año | Terminado | ¿Acreditado/Licenciado? |
|-------------------------|-----|---|---|
| Trabajo de construcción | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Electrónica | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cocina | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Mecánica automotriz | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Computadoras | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Peluquería | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cosmetología | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ayudante de enfermería | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Secretariado | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otro (describa) | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | |

Parte 7. Su trabajo

| | |
|--|---|
| ¿Trabaja actualmente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió que no, ¿cuándo dejó de trabajar? | Fecha: ___/___/___ |

| | |
|--|---|
| ¿Alguna de sus enfermedades mentales o médicas le causó problemas en el trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, explique: | |
| | |

Suplemento de incapacidad

Enumere todos sus trabajos en los últimos 15 años. Haga lo mejor que pueda. Si no sabe las fechas exactas, escriba algo aproximado. Comience con el trabajo que tiene ahora o con su último trabajo. Añada una hoja de papel si necesita más espacio. Puede adjuntar un curriculum (resume) si lo tiene. Para ayudarle a completar esta parte hemos incluido un ejemplo a continuación. **Ejemplo:**

| Nombre del puesto | | Fechas en que trabajó | |
|---|--------------------------|--|---------------------------------------|
| <i>Empacador</i> | | Desde (Mes/Año): <i>marzo del 2004</i> | Hasta (Mes/Año): <i>mayo del 2005</i> |
| Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo): | | | |
| <i>Colocaba tres pelotas de golf en una caja pequeña. Empacaba 24 cajas pequeñas en un cajón. Sellaba el cajón con cinta de empaque. Cargaba los cajones en una plataforma.</i> | | | |
| ¿Cuántas horas trabajó por semana? | ¿Cuánto ganaba por hora? | Motivo para dejar el trabajo: | |
| <i>40</i> | <i>\$9.00/hora</i> | <i>Mudanza</i> | |

| Nombre del puesto | | Fechas en que trabajó | |
|---|--------------------------|-------------------------------|------------------|
| | | Desde (Mes/Año): | Hasta (Mes/Año): |
| Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo): | | | |
| | | | |
| ¿Cuántas horas trabajó por semana? | ¿Cuánto ganaba por hora? | Motivo para dejar el trabajo: | |
| | | | |

| Nombre del puesto | | Fechas en que trabajó | |
|---|--------------------------|-------------------------------|------------------|
| | | Desde (Mes/Año): | Hasta (Mes/Año): |
| Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo): | | | |
| | | | |
| ¿Cuántas horas trabajó por semana? | ¿Cuánto ganaba por hora? | Motivo para dejar el trabajo: | |
| | | | |

Suplemento de incapacidad

| Nombre del puesto | Fechas en que trabajó | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| | Desde (Mes/Año): | Hasta (Mes/Año): |
| Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo): | | |
| | | |
| ¿Cuántas horas trabajó por semana? | ¿Cuánto ganaba por hora? | Motivo para dejar el trabajo: |

| Nombre del puesto | Fechas en que trabajó | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| | Desde (Mes/Año): | Hasta (Mes/Año): |
| Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo): | | |
| | | |
| ¿Cuántas horas trabajó por semana? | ¿Cuánto ganaba por hora? | Motivo para dejar el trabajo: |

| Nombre del puesto | Fechas en que trabajó | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| | Desde (Mes/Año): | Hasta (Mes/Año): |
| Responsabilidades en el trabajo (Indique todo lo que hizo): | | |
| | | |
| ¿Cuántas horas trabajó por semana? | ¿Cuánto ganaba por hora? | Motivo para dejar el trabajo: |

Suplemento de incapacidad

Marque las cosas que hace en su trabajo. Si no trabaja, marque cada cosa que hizo en su último trabajo.

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Papeleo | <input type="checkbox"/> Uso de una computadora | <input type="checkbox"/> Montaje | <input type="checkbox"/> Manejo de maquinaria |
| <input type="checkbox"/> Archivo | <input type="checkbox"/> Atención de personas | <input type="checkbox"/> Contabilidad y empaque | <input type="checkbox"/> Construcción |
| <input type="checkbox"/> Uso del teléfono | <input type="checkbox"/> Manejo de un auto o camión | <input type="checkbox"/> Movilización de cosas | <input type="checkbox"/> Limpieza |
| <input type="checkbox"/> Uso de máquinas de oficina | <input type="checkbox"/> Uso de una caja registradora | <input type="checkbox"/> Manejo de un montacargas | <input type="checkbox"/> Uso de herramientas motorizadas |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa) | | <input type="checkbox"/> Uso de herramientas manuales | |

Marque con un círculo la cantidad de horas para hacer cada cosa en su trabajo. Si no trabaja, marque con un círculo la cantidad de horas en las que hizo cada cosa en su último trabajo.

| Actividad | Horas en el día | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Caminar o permanecer de pie | | | | | | | | | |
| Sentarse | | | | | | | | | |
| Alcanzar objetos | | | | | | | | | |

| Marque el peso que levanta o transporta con más frecuencia: | Marque el mayor peso que usted levanta: |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 10 libras | <input type="checkbox"/> Menos de 10 libras |
| <input type="checkbox"/> 10 libras | <input type="checkbox"/> 10 libras |
| <input type="checkbox"/> 20 libras | <input type="checkbox"/> 20 libras |
| <input type="checkbox"/> 25 libras | <input type="checkbox"/> 25 libras |
| <input type="checkbox"/> 50 libras | <input type="checkbox"/> 50 libras |
| <input type="checkbox"/> 100 libras | <input type="checkbox"/> 100 libras |
| <input type="checkbox"/> Más de 100 libras | <input type="checkbox"/> Más de 100 libras |

Parte 8. Sus comentarios

Utilice este espacio para escribir más información necesaria, incluyendo información sobre por qué no puede trabajar.

Suplemento de incapacidad**Parte 9. Ayuda con este formulario**

| | |
|---|---|
| ¿Necesitó ayuda para completar este formulario? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, ¿por qué necesitó ayuda? | |

Parte 10. Su firma

| | |
|--|--------------------|
| DEBE COMPLETARSE ESTA SECCIÓN. | |
| | |
| Firma del solicitante/cliente/tutor _____ | Fecha _____ |

Si este formulario lo completa alguien con la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/cliente o un tutor legal, proporciónenos la siguiente información:

Firma de la persona que completa este formulario: _____

Nombre en imprenta: _____

Autoridad de la persona que completa este formulario en nombre del solicitante/cliente: _____

Parte 11. Su autorización para compartir información

| | |
|---|---|
| ¿Da su autorización para compartir la información sobre esta solicitud con cualquier persona aparte de sus proveedores de atención médica? (Por ejemplo: pariente, amigo, representante legal.) DES podría enviar copias de estos avisos a esta persona. Esto no autoriza la divulgación de los expedientes médicos. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió sí, nombre de la persona: _____ | Relación con usted: _____ |
| Dirección: _____ | Número(s) de teléfono: _____ |
| Firma del solicitante o cliente _____ | Fecha _____ |

**Sólo para uso administrativo
Comentarios DTA y Firma**

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| Firma Autorizada _____ | Fecha _____ |

**Departamento de asistencia transitoria (DTA) y
Servicios de evaluación de incapacidades (DES)
Formulario de divulgación de expedientes médicos**

Firme este formulario para permitir que su proveedor de atención médica o de salud mental comparta información con UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés).

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Su proveedor de atención médica o de salud mental solamente enviarán expedientes médicos a UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades si completa correctamente este formulario. Siga estos pasos:

- 1. Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para cada proveedor de atención médica o de salud mental. Un proveedor de atención médica es un médico, enfermera, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento. Un proveedor de salud mental es un psicólogo, psiquiatra o terapeuta.**
- 2. Complete cada sección del formulario. DES solamente puede obtener su información médica si usted completa cada sección. DES decidirá su caso sin la información si DES no pudiera obtenerla.**
- 3. Firme y coloque la fecha en el formulario con bolígrafo. No firme con un lápiz. Firme el formulario usted mismo. No puede usar una copia o colocar un sello con su firma.**

SECCIÓN I

Su nombre y dirección

| | | | |
|---|---------|----------------------------|--|
| Nombre en imprenta del solicitante/cliente: | | Número de teléfono: () | |
| Dirección: | | Fecha de nacimiento: | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: | |

SECCIÓN II

Nombre y dirección del proveedor de atención médica

| | | |
|---|---------|----------------|
| Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: |
| Número de teléfono: () | | |

(continúa en el reverso) ►

SECCIÓN III

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental indicado en la Sección II a que comparta con DTA y con los Servicios de Evaluación de incapacidades (DES):

- mis expedientes médicos;
- otra información sobre mi tiempo en un hospital; y
- otra información sobre cualquier aspecto de mi atención médica.

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental a que comparta toda la información sobre mi salud. Esto incluye información sobre:

- mi salud mental;
- mi estado de SIDA/VIH;
- abuso de drogas y alcohol;
- cómo mis problemas de salud afectan mi capacidad laboral; y
- cómo mis problemas de salud afectan lo que hago a diario.

✓ Marque aquí si NO autoriza al proveedor de atención médica y de salud mental a compartir su estado de SIDA/VIH:

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios de salud le entrega al DTA y al Servicio de Evaluación de Incapacidades seguirá siendo amparada por las leyes federales de confidencialidad.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Puedo cancelar esta autorización enviando una carta a mi proveedor de atención médica o de salud mental. Entiendo que esta autorización vence a los seis meses de la fecha en que firme el Formulario de divulgación de expedientes médicos, si no lo cancelo antes.

Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental podría enviar información a DTA y DES antes de que yo cancele mi autorización. Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental no pueden recuperar la información luego de haberla enviado.

Entiendo que es mi decisión que mi proveedor de atención médica o de salud mental compartan la información médica con DTA y DES. No necesito otorgar esta autorización. También entiendo que DTA y DES decidirán sobre mi incapacidad sin la información si es que no permito que mi proveedor de atención médica o de salud mental la compartan.

SECCIÓN V

| | |
|--------------------------------|--------|
| Firma del solicitante/cliente: | Fecha: |
|--------------------------------|--------|

Si la persona que firma este formulario tiene autoridad legal para actuar por el solicitante/cliente (como un tutor legal), proporciónenos la siguiente información:

| | |
|--|--------|
| Firma de la persona que completa este formulario: | |
| Nombre en imprenta: | Fecha: |
| ¿Qué tipo de autoridad tiene para firmar por el solicitante/cliente? | |

**Departamento de asistencia transitoria (DTA) y
Servicios de evaluación de incapacidades (DES)
Formulario de divulgación de expedientes médicos**

Firme este formulario para permitir que su proveedor de atención médica o de salud mental comparta información con UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés).

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Su proveedor de atención médica o de salud mental solamente enviarán expedientes médicos a UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades si completa correctamente este formulario. Siga estos pasos:

- 1. Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para cada proveedor de atención médica o de salud mental. Un proveedor de atención médica es un médico, enfermera, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento. Un proveedor de salud mental es un psicólogo, psiquiatra o terapeuta.**
- 2. Complete cada sección del formulario. DES solamente puede obtener su información médica si usted completa cada sección. DES decidirá su caso sin la información si DES no pudiera obtenerla.**
- 3. Firme y coloque la fecha en el formulario con bolígrafo. No firme con un lápiz. Firme el formulario usted mismo. No puede usar una copia o colocar un sello con su firma.**

SECCIÓN I

Su nombre y dirección

| | | | |
|---|---------|----------------------------|--|
| Nombre en imprenta del solicitante/cliente: | | Número de teléfono: () | |
| Dirección: | | Fecha de nacimiento: | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: | |

SECCIÓN II

Nombre y dirección del proveedor de atención médica

| | | |
|---|---------|----------------|
| Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: |
| Número de teléfono: () | | |

(continúa en el reverso) ►

SECCIÓN III

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental indicado en la Sección II a que comparta con DTA y con los Servicios de Evaluación de incapacidades (DES):

- mis expedientes médicos;
- otra información sobre mi tiempo en un hospital; y
- otra información sobre cualquier aspecto de mi atención médica.

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental a que comparta toda la información sobre mi salud. Esto incluye información sobre:

- mi salud mental;
- mi estado de SIDA/VIH;
- abuso de drogas y alcohol;
- cómo mis problemas de salud afectan mi capacidad laboral; y
- cómo mis problemas de salud afectan lo que hago a diario.

✓ Marque aquí si NO autoriza al proveedor de atención médica y de salud mental a compartir su estado de SIDA/VIH:

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios de salud le entrega al DTA y al Servicio de Evaluación de Incapacidades seguirá siendo amparada por las leyes federales de confidencialidad.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Puedo cancelar esta autorización enviando una carta a mi proveedor de atención médica o de salud mental. Entiendo que esta autorización vence a los seis meses de la fecha en que firme el Formulario de divulgación de expedientes médicos, si no lo cancelo antes.

Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental podría enviar información a DTA y DES antes de que yo cancele mi autorización. Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental no pueden recuperar la información luego de haberla enviado.

Entiendo que es mi decisión que mi proveedor de atención médica o de salud mental compartan la información médica con DTA y DES. No necesito otorgar esta autorización. También entiendo que DTA y DES decidirán sobre mi incapacidad sin la información si es que no permito que mi proveedor de atención médica o de salud mental la compartan.

SECCIÓN V

| | |
|--------------------------------|--------|
| Firma del solicitante/cliente: | Fecha: |
|--------------------------------|--------|

Si la persona que firma este formulario tiene autoridad legal para actuar por el solicitante/cliente (como un tutor legal), proporciónenos la siguiente información:

| | |
|--|--------|
| Firma de la persona que completa este formulario: | |
| Nombre en imprenta: | Fecha: |
| ¿Qué tipo de autoridad tiene para firmar por el solicitante/cliente? | |

**Departamento de asistencia transitoria (DTA) y
Servicios de evaluación de incapacidades (DES)
Formulario de divulgación de expedientes médicos**

Firme este formulario para permitir que su proveedor de atención médica o de salud mental comparta información con UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés).

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Su proveedor de atención médica o de salud mental solamente enviarán expedientes médicos a UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades si completa correctamente este formulario. Siga estos pasos:

- 1. Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para cada proveedor de atención médica o de salud mental. Un proveedor de atención médica es un médico, enfermera, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento. Un proveedor de salud mental es un psicólogo, psiquiatra o terapeuta.**
- 2. Complete cada sección del formulario. DES solamente puede obtener su información médica si usted completa cada sección. DES decidirá su caso sin la información si DES no pudiera obtenerla.**
- 3. Firme y coloque la fecha en el formulario con bolígrafo. No firme con un lápiz. Firme el formulario usted mismo. No puede usar una copia o colocar un sello con su firma.**

SECCIÓN I

Su nombre y dirección

| | | | |
|---|---------|----------------------------|--|
| Nombre en imprenta del solicitante/cliente: | | Número de teléfono: () | |
| Dirección: | | Fecha de nacimiento: | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: | |

SECCIÓN II

Nombre y dirección del proveedor de atención médica

| | | |
|---|---------|----------------|
| Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: |
| Número de teléfono: () | | |

(continúa en el reverso) ►

SECCIÓN III

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental indicado en la Sección II a que comparta con DTA y con los Servicios de Evaluación de incapacidades (DES):

- mis expedientes médicos;
- otra información sobre mi tiempo en un hospital; y
- otra información sobre cualquier aspecto de mi atención médica.

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental a que comparta toda la información sobre mi salud. Esto incluye información sobre:

- mi salud mental;
- mi estado de SIDA/VIH;
- abuso de drogas y alcohol;
- cómo mis problemas de salud afectan mi capacidad laboral; y
- cómo mis problemas de salud afectan lo que hago a diario.

✓ Marque aquí si NO autoriza al proveedor de atención médica y de salud mental a compartir su estado de SIDA/VIH:

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios de salud le entrega al DTA y al Servicio de Evaluación de Incapacidades seguirá siendo amparada por las leyes federales de confidencialidad.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Puedo cancelar esta autorización enviando una carta a mi proveedor de atención médica o de salud mental. Entiendo que esta autorización vence a los seis meses de la fecha en que firme el Formulario de divulgación de expedientes médicos, si no lo cancelo antes.

Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental podría enviar información a DTA y DES antes de que yo cancele mi autorización. Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental no pueden recuperar la información luego de haberla enviado.

Entiendo que es mi decisión que mi proveedor de atención médica o de salud mental compartan la información médica con DTA y DES. No necesito otorgar esta autorización. También entiendo que DTA y DES decidirán sobre mi incapacidad sin la información si es que no permito que mi proveedor de atención médica o de salud mental la compartan.

SECCIÓN V

| | |
|--------------------------------|--------|
| Firma del solicitante/cliente: | Fecha: |
|--------------------------------|--------|

Si la persona que firma este formulario tiene autoridad legal para actuar por el solicitante/cliente (como un tutor legal), proporciónenos la siguiente información:

| | |
|--|--------|
| Firma de la persona que completa este formulario: | |
| Nombre en imprenta: | Fecha: |
| ¿Qué tipo de autoridad tiene para firmar por el solicitante/cliente? | |

**Departamento de asistencia transitoria (DTA) y
Servicios de evaluación de incapacidades (DES)
Formulario de divulgación de expedientes médicos**

Firme este formulario para permitir que su proveedor de atención médica o de salud mental comparta información con UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés).

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Su proveedor de atención médica o de salud mental solamente enviarán expedientes médicos a UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades si completa correctamente este formulario. Siga estos pasos:

- 1. Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para cada proveedor de atención médica o de salud mental. Un proveedor de atención médica es un médico, enfermera, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento. Un proveedor de salud mental es un psicólogo, psiquiatra o terapeuta.**
- 2. Complete cada sección del formulario. DES solamente puede obtener su información médica si usted completa cada sección. DES decidirá su caso sin la información si DES no pudiera obtenerla.**
- 3. Firme y coloque la fecha en el formulario con bolígrafo. No firme con un lápiz. Firme el formulario usted mismo. No puede usar una copia o colocar un sello con su firma.**

SECCIÓN I

Su nombre y dirección

| | | | |
|---|---------|----------------------------|--|
| Nombre en imprenta del solicitante/cliente: | | Número de teléfono: () | |
| Dirección: | | Fecha de nacimiento: | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: | |

SECCIÓN II

Nombre y dirección del proveedor de atención médica

| | | |
|---|---------|----------------|
| Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: |
| Número de teléfono: () | | |

(continúa en el reverso) ►

SECCIÓN III

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental indicado en la Sección II a que comparta con DTA y con los Servicios de Evaluación de incapacidades (DES):

- mis expedientes médicos;
- otra información sobre mi tiempo en un hospital; y
- otra información sobre cualquier aspecto de mi atención médica.

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental a que comparta toda la información sobre mi salud. Esto incluye información sobre:

- mi salud mental;
- mi estado de SIDA/VIH;
- abuso de drogas y alcohol;
- cómo mis problemas de salud afectan mi capacidad laboral; y
- cómo mis problemas de salud afectan lo que hago a diario.

✓ Marque aquí si NO autoriza al proveedor de atención médica y de salud mental a compartir su estado de SIDA/VIH:

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios de salud le entrega al DTA y al Servicio de Evaluación de Incapacidades seguirá siendo amparada por las leyes federales de confidencialidad.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Puedo cancelar esta autorización enviando una carta a mi proveedor de atención médica o de salud mental. Entiendo que esta autorización vence a los seis meses de la fecha en que firme el Formulario de divulgación de expedientes médicos, si no lo cancelo antes.

Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental podría enviar información a DTA y DES antes de que yo cancele mi autorización. Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental no pueden recuperar la información luego de haberla enviado.

Entiendo que es mi decisión que mi proveedor de atención médica o de salud mental compartan la información médica con DTA y DES. No necesito otorgar esta autorización. También entiendo que DTA y DES decidirán sobre mi incapacidad sin la información si es que no permito que mi proveedor de atención médica o de salud mental la compartan.

SECCIÓN V

| | |
|--------------------------------|--------|
| Firma del solicitante/cliente: | Fecha: |
|--------------------------------|--------|

Si la persona que firma este formulario tiene autoridad legal para actuar por el solicitante/cliente (como un tutor legal), proporciónenos la siguiente información:

| | |
|--|--------|
| Firma de la persona que completa este formulario: | |
| Nombre en imprenta: | Fecha: |
| ¿Qué tipo de autoridad tiene para firmar por el solicitante/cliente? | |

**Departamento de asistencia transitoria (DTA) y
Servicios de evaluación de incapacidades (DES)
Formulario de divulgación de expedientes médicos**

Firme este formulario para permitir que su proveedor de atención médica o de salud mental comparta información con UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades (DES, por sus siglas en inglés).

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Su proveedor de atención médica o de salud mental solamente enviarán expedientes médicos a UMASS/Servicios de evaluación de incapacidades si completa correctamente este formulario. Siga estos pasos:

- 1. Complete un Formulario de divulgación de expedientes médicos por separado para cada proveedor de atención médica o de salud mental. Un proveedor de atención médica es un médico, enfermera, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento. Un proveedor de salud mental es un psicólogo, psiquiatra o terapeuta.**
- 2. Complete cada sección del formulario. DES solamente puede obtener su información médica si usted completa cada sección. DES decidirá su caso sin la información si DES no pudiera obtenerla.**
- 3. Firme y coloque la fecha en el formulario con bolígrafo. No firme con un lápiz. Firme el formulario usted mismo. No puede usar una copia o colocar un sello con su firma.**

SECCIÓN I

Su nombre y dirección

| | | | |
|---|---------|----------------------------|--|
| Nombre en imprenta del solicitante/cliente: | | Número de teléfono: () | |
| Dirección: | | Fecha de nacimiento: | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: | |

SECCIÓN II

Nombre y dirección del proveedor de atención médica

| | | |
|---|---------|----------------|
| Nombre del médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, terapeuta, enfermera especializada, fisioterapeuta, trabajador social, quiropráctico, hospital, centro de salud o clínica del cual recibe tratamiento: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad/Pueblo | Estado: | Código postal: |
| Número de teléfono: () | | |

(continúa en el reverso) ►

SECCIÓN III

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental indicado en la Sección II a que comparta con DTA y con los Servicios de Evaluación de incapacidades (DES):

- mis expedientes médicos;
- otra información sobre mi tiempo en un hospital; y
- otra información sobre cualquier aspecto de mi atención médica.

Autorizo al proveedor de atención médica o de salud mental a que comparta toda la información sobre mi salud. Esto incluye información sobre:

- mi salud mental;
- mi estado de SIDA/VIH;
- abuso de drogas y alcohol;
- cómo mis problemas de salud afectan mi capacidad laboral; y
- cómo mis problemas de salud afectan lo que hago a diario.

✓ Marque aquí si NO autoriza al proveedor de atención médica y de salud mental a compartir su estado de SIDA/VIH:

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios de salud le entrega al DTA y al Servicio de Evaluación de Incapacidades seguirá siendo amparada por las leyes federales de confidencialidad.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Puedo cancelar esta autorización enviando una carta a mi proveedor de atención médica o de salud mental. Entiendo que esta autorización vence a los seis meses de la fecha en que firme el Formulario de divulgación de expedientes médicos, si no lo cancelo antes.

Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental podría enviar información a DTA y DES antes de que yo cancele mi autorización. Entiendo que mi proveedor de atención médica o de salud mental no pueden recuperar la información luego de haberla enviado.

Entiendo que es mi decisión que mi proveedor de atención médica o de salud mental compartan la información médica con DTA y DES. No necesito otorgar esta autorización. También entiendo que DTA y DES decidirán sobre mi incapacidad sin la información si es que no permito que mi proveedor de atención médica o de salud mental la compartan.

SECCIÓN V

| | |
|--------------------------------|--------|
| Firma del solicitante/cliente: | Fecha: |
|--------------------------------|--------|

Si la persona que firma este formulario tiene autoridad legal para actuar por el solicitante/cliente (como un tutor legal), proporciónenos la siguiente información:

| | |
|--|--------|
| Firma de la persona que completa este formulario: | |
| Nombre en imprenta: | Fecha: |
| ¿Qué tipo de autoridad tiene para firmar por el solicitante/cliente? | |

Instrucciones para usar este formulario

Llene este formulario solamente si desea que proporcionemos la información o el expediente suyo, de un menor o de un adulto sin capacidad jurídica a otra persona o grupo (por ejemplo, un médico o una empresa de seguros). Si usted es el padre/madre natural o adoptivo, o el tutor legal que actúa en nombre de un menor, solamente puede completar este formulario para divulgar el expediente no médico del menor. Si está solicitando información **para un propósito que no esté directamente relacionado con la administración de cualquier programa bajo la Ley del Seguro Social, se le puede cobrar un cargo.**

NOTA: No use este formulario para:

- Solicitar que divulguemos el expediente médico de un menor. En vez de esto, llame a su oficina local al 1-800-772-1213 (Teléfono de texto/TTY 1-800-325-0778), o
- Solicitar información sobre sus ingresos o historial de empleo. En vez de esto, llene el formulario SSA-7050-F4 en cualquier oficina del Seguro Social o en línea en www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

Cómo llenar este formulario

No aceptaremos este formulario a menos que se llenen todos los campos obligatorios. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*). Además, no aceptaremos solicitudes globales para “todo el expediente” o “el archivo completo”. Debe especificar la información que solicita, firmar el formulario e indicar la fecha.

- Escriba su nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social o el nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social de la persona a la que corresponde el formulario.
- Escriba el nombre y dirección de la persona (u organización) a quien desea que le divulguemos su información.
- Indique la razón por la cual nos solicita que divulguemos la información.
- Marque el/los recuadro(s) correspondiente(s) al tipo de información que desea que divulguemos, incluyendo los intervalos de fechas, si corresponde.
- Usted, el padre/madre o tutor legal que actúa a nombre de un menor, o el tutor legal de un adulto sin capacidad jurídica, debe firmar este formulario, indicar la fecha y proporcionar un teléfono donde se le puede ubicar durante el día.
- Si no es la persona cuya información se solicita, indique su parentesco con dicha persona. Podemos requerir que se compruebe dicho parentesco.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

La Sección 205(a) de la Ley del Seguro Social y sus modificaciones nos autorizan a recopilar la información solicitada en este formulario. La información que usted proporcione se usará para responder a su solicitud de información sobre expedientes de SSA (Administración del Seguro Social) o procesar su solicitud cuando divulguemos su expediente a un tercero. No tiene que proporcionar la información solicitada. Su respuesta es voluntaria; sin embargo, no podemos aceptar su solicitud de divulgar información o expedientes sobre usted a otra persona u organización sin su consentimiento.

Pocas veces usamos la información proporcionada en este formulario para ningún otro propósito que no sea responder a solicitudes sobre expedientes de SSA. Sin embargo, según lo dispuesto en el título 5 del Código de los Estados Unidos, sección 552a(b) de la Ley de Confidencialidad, podemos divulgar la información proporcionada en este formulario de acuerdo con usos rutinarios aprobados, que incluyen a título meramente enunciativo y no limitativo lo siguiente: 1. Permitir a una agencia o un tercero ayudar al Seguro Social a determinar el derecho a beneficios y/o cobertura del Seguro Social; 2. Determinar la elegibilidad para programas similares de salud y mantenimiento de ingresos a nivel federal, estatal y local; 3. Cumplir con leyes federales que requieren la divulgación de información de nuestros expedientes; y 4. Facilitar investigaciones estadísticas, auditorías o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad de los programas de la SSA.

También podemos usar la información que usted proporciona cuando comparamos los registros por computadora. Estos programas computarizados comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales a nivel federal, estatal o local. La información de estos programas de comparación puede usarse para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas atrasadas bajo estos programas.

Puede encontrar información adicional sobre este formulario, usos rutinarios de información y otros programas del Seguro Social en nuestro sitio en internet en www.segurosocial.gov o en su oficina local del Seguro Social.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Esta recopilación de información cumple con los requisitos del título 44 del Código de los Estados Unidos, sección 3507 y sus modificaciones en la sección 2 de la [Ley de Reducción de Trámites de 1995](#). No necesita responder estas preguntas a menos que se incluya un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 3 minutos leer las instrucciones, reunir la información y contestar las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social en el sitio en internet de la SSA en www.segurosocial.gov. Las oficinas también están incluidas en el directorio telefónico bajo “U.S. Government agencies” (agencias del gobierno de E.E.U.U.), o puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo antes mencionado a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solo comentarios relacionados con nuestro cálculo del tiempo a esta dirección, no el formulario completo.**

SSA no aceptará este formulario a menos que se llenen todos los campos obligatorios (* indica un campo obligatorio).

A: Administración del Seguro Social

*Nombre

*Fecha de nacimiento

*Número de seguro social

Por medio de la presente autorizo a la Administración del Seguro Social a divulgar mi información o expedientes a:

*NOMBRE

UMass Medical School

Disability Evaluation Services

*DIRECCIÓN

PO Box 2795 Worcester, MA 01613-9938

* Deseo divulgar esta información porque:

Puede haber un cargo por divulgar la información.

* Sírvase divulgar la siguiente información seleccionada de la lista a continuación:

Debe marcar por lo menos un recuadro. Además, la SSA no divulgará expedientes a menos que los intervalos de fechas correspondientes se incluyan.

- Número de seguro social
- Cantidad mensual actual del beneficio del Seguro Social
- Cantidad mensual actual del pago de Seguridad de Ingreso Suplementario
- Mis cantidades de beneficios/pagos desde _____ hasta _____
- Mis beneficios de Medicare desde _____ hasta _____
- Los registros médicos de mi(s) expediente(s) de reclamación desde _____ hasta _____
Si desea que la SSA divulgue los expedientes médicos de un menor, no use este formulario; comuníquese con su oficina local de la SSA.
- Los registros médicos completos de mi(s) expediente(s) de reclamación
- Otros registros de mi expediente (por ejemplo solicitudes, cuestionarios, informes de exámenes consultivos, determinaciones, etc.) _____

Yo soy la persona a quien aplica la información/expediente solicitado, o el padre/madre o tutor legal de un menor, o el tutor legal de un adulto sin capacidad jurídica. Declaro bajo pena de falso testimonio según lo dispuesto en el título 28 del Código de Reglamentos Federales, sección 16.41(d)(2004), que he examinado toda la información en este formulario y en cualquier declaración o formulario que lo acompaña, y que es fiel y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente intenta obtener u obtiene acceso a expedientes sobre otra persona con pretextos falsos puede ser sancionada con una multa de hasta \$5,000. También comprendo que debo pagar cualquier cargo correspondiente.

*Firma: _____ *Fecha: _____

Parentesco (si no es la persona): _____ Teléfono durante el día: _____

Social Security Administration
Consent for Release of Information

Form Approved
OMB No. 0960-0566

Instructions for Using this Form

Complete this form only if you want us to give information or records about you, a minor, or a legally incompetent adult, to an individual or group (for example, a doctor or an insurance company). If you are the natural or adoptive parent or legal guardian, acting on behalf of a minor, you may complete this form to release only the minor's non-medical records. If you are requesting information for a purpose not directly related to the administration of any program under the Social Security Act, a fee may be charged.

NOTE: Do not use this form to:

- Request us to release the medical records of a minor. Instead, contact your local office by calling 1-800-772-1213 (TTY-1-800-325-0778), or
- Request information about your earnings or employment history. Instead, complete form SSA-7050-F4 at any Social Security office or online at www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

How to Complete this Form

We will not honor this form unless all required fields are completed. An asterisk (*) indicates a required field. Also, we will not honor blanket requests for "all records" or the "entire file." You must specify the information you are requesting and you must sign and date this form.

- Fill in your name, date of birth, and social security number or the name, date of birth, and social security number of the person to whom the information applies.
- Fill in the name and address of the individual (or organization) to whom you want us to release your information.
- Indicate the reason you are requesting us to disclose the information.
- Check the box(es) next to the type(s) of information you want us to release including the date ranges, if applicable.
- You, the parent or legal guardian acting on behalf of a minor, or the legal guardian of a legally incompetent adult, must sign and date this form and provide a daytime phone number where you can be reached.
- If you are not the person whose information is requested, state your relationship to that person. We may require proof of relationship.

PRIVACY ACT STATEMENT

Section 205(a) of the Social Security Act, as amended, authorizes us to collect the information requested on this form. The information you provide will be used to respond to your request for SSA records information or process your request when we release your records to a third party. You do not have to provide the requested information. Your response is voluntary; however, we cannot honor your request to release information or records about you to another person or organization without your consent.

We rarely use the information provided on this form for any purpose other than to respond to requests for SSA records information. However, in accordance with 5 U.S.C. § 552a(b) of the Privacy Act, we may disclose the information provided on this form in accordance with approved routine uses, which include but are not limited to the following: 1. To enable an agency or third party to assist Social Security in establishing rights to Social Security benefits and/or coverage; 2. To make determinations for eligibility in similar health and income maintenance programs at the Federal, State, and local level; 3. To comply with Federal laws requiring the disclosure of the information from our records; and, 4. To facilitate statistical research, audit, or investigative activities necessary to assure the integrity of SSA programs.

We may also use the information you provide when we match records by computer. Computer matching programs compare our records with those of other Federal, State, or local government agencies. Information from these matching programs can be used to establish or verify a person's eligibility for Federally-funded or administered benefit programs and for repayment of payments or delinquent debts under these programs.

Additional information regarding this form, routine uses of information, and other Social Security programs are available from our Internet website at www.socialsecurity.gov or at your local Social Security office.

PAPERWORK REDUCTION ACT STATEMENT

This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 3 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. **SEND OR BRING THE COMPLETED FORM TO YOUR LOCAL SOCIAL SECURITY OFFICE. You can find your local Social Security office through SSA's website at www.socialsecurity.gov. Offices are also listed under U.S. Government agencies in your telephone directory or you may call 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** You may send comments on our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.**

Social Security Administration
Consent for Release of Information

Form Approved
OMB No. 0960-0566

SSA will not honor this form unless all required fields have been completed (*signifies required field).

TO: Social Security Administration

*Name

*Date of Birth

*Social Security Number

I authorize the Social Security Administration to release information or records about me to:

*NAME

*ADDRESS

UMass Medical School

PO Box 2795 Worcester, MA 01613-9938

Disability Evaluation Services

*I want this information released because:

There may be a charge for releasing information.

*Please release the following information selected from the list below:

You must check at least one box. Also, SSA will not disclose records unless applicable date ranges are included.

- Social Security Number
- Current monthly Social Security benefit amount
- Current monthly Supplemental Security Income payment amount
- My benefit/payment amounts from _____ to _____
- My Medicare entitlement from _____ to _____
- Medical records from my claims folder(s) from _____ to _____
If you want SSA to release a minor's medical records, do not use this form but instead contact your local SSA office.
- Complete medical records from my claims folder(s)
- Other record(s) from my file (e.g. applications, questionnaires, consultative examination reports, determinations, etc.)

I am the individual to whom the requested information/record applies, or the parent or legal guardian of a minor, or the legal guardian of a legally incompetent adult. I declare under penalty of perjury in accordance with 28 C.F.R. § 16.41(d)(2004) that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge. I understand that anyone who knowingly or willfully seeking or obtaining access to records about another person under false pretenses is punishable by a fine of up to \$5,000. I also understand that any applicable fees must be paid by me.

*Signature: _____ *Date: _____

Relationship (if not the individual): _____ *Daytime Phone: _____