

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

II S
(Rev. 5/03)

Al completar este formulario se autoriza revelar la información descrita en la sección "Descripción específica de registros autorizados para revelar". La persona (individuo del registro) cuyo registro se revelará puede tener derecho a inspeccionar, y después de pagar los gastos pertinentes, a obtener una copia de los registros revelados. Excepto en el caso de registros de medicamentos y tratamiento somático, el director o el encargado de una institución de tratamiento de enfermedad mental, incapacidad del desarrollo, abuso de alcohol o drogas, puede negar, en algunas circunstancias, ese derecho durante el período del tratamiento. Sección 51.30, Estatutos de Wisconsin, DHS 92.03-92.06 Código Adminis. Wisconsin.

Nombre – Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro)	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código	
Número de identificación (si tiene)	Fecha de Nacimiento
Nombre - La información se puede revelar a: Trabajadores del Personal WIC	
Organización	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código	

Nombre y dirección – **Agencia / Organización autorizada a revelar información**

EDS

6406 Bridge Rd

Madison WI 53704

Descripción específica de registros autorizados para revelar (Incluya las fechas de los registros si es pertinente)

Información que confirma si el individuo del registro (solicitante de WIC) está recibiendo ahora beneficios de Medicaid.

Propósito o necesidad de revelar la información (Especifique)

El Programa WIC de Wisconsin y el Programa Medicaid de Wisconsin tienen los mismos reglamentos de ingreso para elegibilidad. El propósito de esta autorización para revelar es para simplificar el proceso de solicitud para beneficios WIC, permitiendo al Programa WIC averiguar si el individuo del registro (solicitante de WIC) es actualmente elegible para Medicaid. Si el individuo del registro (solicitante de WIC) es actualmente elegible para Medicaid, el individuo del registro (solicitante de WIC) cumplirá automáticamente con los reglamentos de ingreso para el Programa WIC.

De acuerdo con la Ley Federal y políticas del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe que esta institución discrimine en base a la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o incapacidad del individuo. Para presentar una queja de discriminación, escriba al Director, Office of Civil Rights, USDA, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al teléfono (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Acuerdo

- Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios, excepto para:
 - sin excepciones excepciones (especifique): **Si usted decide no firmar este formulario, se necesitará otras pruebas de ingreso para determinar elegibilidad de ingreso.**
- La información que yo autorizo revelar puede también revelarla quien recibe los registros sólo si lo permite la ley. Si la información se revela nuevamente, la persona que recibe la información revelada puede ser controlada por leyes diferentes.
- Yo puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto en el caso de información ya revelada como resultado de esta autorización. La revocación escrita debe darse a la agencia /organización que yo autorice revele la información.
- Excepto si es revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada abajo.

Marque un casillero

_____ Autorización vence el _____ (Fecha).

 X Autorización vence **2** años de la fecha en que se firma.

_____ Autorización vence después de tomarse la siguiente medida:

Como lo indico con mi firma, por la presente autorizo a que se revelen los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas arriba.

FIRMA Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro)		Fecha Firma
FIRMA Otra persona legalmente autorizada a dar consentimiento para revelar la información.	Título o relación con el individuo nombrado en el Registro	Fecha Firma