

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR II S INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (Rev. 4/03)

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 y dirección – Agencia / Organización autorizada a revelar información

**Department of Health Services
Division of Health Care Access and Accountability
In Care of Hewlett Packard
6406 Bridge Road
Madison WI 53704**

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	

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 o BadgerCare Plus. De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

Propósito o necesidad de revelar la información (Especifique)

El Programa WIC de Wisconsin puede acceder al portal de intercambio de Forward Health para revisar los datos de los miembros del Programa Medicaid o BadgerCare Plus de Wisconsin. El objetivo de esta publicación es simplificar el proceso de solicitud de beneficios WIC permitiendo al Programa WIC determinar si el sujeto del registro (solicitante de WIC) reúne actualmente las condiciones para recibir Medicaid o BadgerCare Plus y revisar el código de estado médico asignado al sujeto de registro (solicitante de WIC) para obtener el comprobante de ingresos y comprobante de embarazo. Según el código de estado médico, el sujeto del registro (solicitante de WIC) puede cumplir con los requisitos de comprobante de ingresos y embarazo. El nombre de la Organización de Atención Administrada (*Managed Care Organization*) se utilizará para solicitar que Medicaid pague un sacaleche o la facturación de un análisis de plomo en sangre.

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 decide no firmar este formulario, se necesitará otro comprobante de ingresos y embarazo para determinar la elegibilidad para recibir WIC y se necesitará otra fuente para obtener el nombre de la Organización de Atención Administrada**
- 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)
- Autorización vence **24** meses de la fecha en que firmo esta autorización.
- 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