

**AUTORISIERUNG ZUR FREIGABE VON VERTRAULICHEN INFORMATIONEN FÜR WISCONSIN
MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES,
SENIORCARE UND CARETAKER SUPPLEMENT
RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AUTHORIZATION FOR WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE
PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES,
SENIORCARE, AND CARETAKER SUPPLEMENT**

Füllen Sie das Formular aus und reichen Sie es ein, um die in Abschnitt 2 unten angegebenen Informationen freizugeben. Die Person, deren Informationen freigegeben werden, kann berechtigt sein, die freigegebenen Informationen einzusehen und davon gegen eine entsprechende Gebühr eine Kopie zu erhalten.

ANWEISUNG ZUR EINREICHUNG

Wenn die Person, deren Informationen freigegeben werden, in **Milwaukee County** wohnt, haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Übermittlung per Fax an 1-888-409-1979
- Sendung per Post an:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Wenn die Person, deren Informationen freigegeben werden, **nicht** in Milwaukee County wohnt, haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Übermittlung per Fax an 1-855-293-1822
- Sendung per Post an:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

ABSCHNITT 1 Persönliche Angaben und Anschrift



Teil A Person, deren Informationen freigegeben werden

Name – Person, deren Informationen freigegeben werden (Nachname, Vorname, Anfangsbuchstabe eines zweiten Vornamens)

Vorgangsnummer (wenn bekannt)

Geburtsdatum

Hausnr. und Straße

Ort

Bundesstaat

PLZ

Teil B: Person oder Organisation, an welche die Informationen freigegeben werden

Name - Person oder Organisation, an welche die Informationen freigegeben werden

Hausnr. und Straße

Ort

Bundesstaat

PLZ

Teil 3 Agentur/Konsortium mit Befugnis, die Informationen freizugeben

Name - Unterhalts- oder Stammes-Agentur/Konsortium mit Befugnis, die Informationen freizugeben

Hausnr. und Straße

Ort	Bundesstaat	PLZ
-----	-------------	-----

ABSCHNITT 2 Freigegebene Informationen



Markieren Sie die Informationen, die freigegeben werden:

- Gegenwärtiger Anspruch auf Leistungen der Gesundheits- und Ernährungsprogramme
- Informationen zur Feststellung des Anspruchs auf Leistungen der Gesundheits- und Ernährungsprogramme zu bestimmen.
- Andere Informationen zu Berechtigungsansprüchen – bitte angeben:

Nennen Sie Zweck und Bedarf für die Freigabe der Informationen. Machen Sie genaue Angaben.

Geben Sie das Datum an, an dem die Bevollmächtigung ausläuft. Das Ablaufdatum muss im Zeitraum von 12 Monaten ab der Unterzeichnung dieses Formulars liegen. Wenn kein Datum angegeben ist, läuft die Bevollmächtigung 12 Monate nach dem Datum aus, an dem dieses Formular unterschrieben wurde.

ABSCHNITT 3 Verständniserklärung und Unterschrift



- Ich genehmige die Freigabe von Informationen an die Person oder Organisation, die in Teil B der Sektion 1 genannt ist.
- Diese Genehmigung ist freiwillig. Eine Weigerung, die Genehmigung zu unterschreiben, wird die Behandlung, Bezahlung, Aufnahme, oder Anspruchsberechtigung nicht beeinträchtigen.
- Die Informationen, deren Freigabe ich genehmige, können von dem Empfänger der Akten nur weitergegeben werden, wenn dies gesetzlich zulässig ist. Wenn Informationen nochmals freigegeben werden, kann der Empfänger der freigegebenen Informationen anderen gesetzlichen Bestimmungen unterliegen.

- Ich kann diese Genehmigung jederzeit schriftlich widerrufen außer der Freigabe von Informationen, die aufgrund dieser Genehmigung bereits erfolgt sind. Der schriftliche Widerruf muss an die Agentur bzw. an das Konsortium gerichtet werden, das meine Zustimmung zur Freigabe erhalten hat.
- Wird die Genehmigung nicht widerrufen, so bleibt sie bis zu dem in Abschnitt 2 angegebenen Ablaufdatum in Kraft.



UNTERSCHRIFT - Person, deren Informationen freigegeben werden.

Datum der Unterschrift

Gemeinsame USDA-Erklärung zur Nichtdiskriminierung

Eine Diskriminierung auf der Grundlage von Rasse oder ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und in manchen Fällen aufgrund der Religion oder politischer Überzeugungen durch das U.S. Department of Agriculture (USDA) ist nicht zulässig.

Diese Institution untersagt zudem die Diskriminierung aufgrund von Rasse oder ethnischer Herkunft, Hautfarbe, nationaler Herkunft, sexueller Orientierung, religiöser Überzeugung, Behinderung, Alter, politischer Überzeugung oder Repressalien oder Vergeltungsmaßnahmen aufgrund vorhergehender zivilrechtlicher Aktivitäten im Rahmen eines Programms oder einer Aktivität, die von USDA durchgeführt oder finanziert wurde.

Personen mit Behinderungen, die andere Kommunikationsmittel für die Informationen über dieses Programm benötigen (z. B. Brailleschrift, Großdruck, Audio, Amerikanische Gebärdensprache usw.), sollten sich an die (staatliche oder lokale) Behörde wenden, bei der sie die Leistungen beantragt haben. Personen mit Hörbehinderungen (Taubheit, Hörschwäche) oder Sprachbehinderungen können sich über den Federal Relay Service unter 1-800-877-8339 an USDA wenden. Zudem können Programminformationen auch in anderen Sprachen zur Verfügung gestellt werden.

Um im Rahmen dieses Programms eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, füllen Sie bitte das Formular [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (AD-3027) aus, das Sie hier im Internet finden: <https://www.usda.gov/oascri/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>. Dieses Formular erhalten Sie auch bei jeder USDA-Dienststelle oder Sie können sich per Briefpost an USDA wenden und in Ihrem Schreiben sämtliche Informationen aufführen, die in diesem Formular angefordert werden. Eine Kopie des Beschwerde-Formulars können Sie telefonisch unter 1-866-632-9992 anfordern. Reichen Sie das ausgefüllte Formular oder Ihr Schreiben bei USDA ein:

- (1) Per Post: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Per Fax: 1-202-690-7442 oder
- (3) Per E-Mail: program.intake@usda.gov.

Für alle anderen Informationen über das Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) wenden Sie sich bitte telefonisch an die USDA SNAP Hotline-Nummer unter 1-800-221-5689, die auch Service in spanischer Sprache anbietet, oder wenden Sie sich an die [Informations-/Hotline-Nummer des entsprechenden Bundesstaats](#) (durch Klicken auf den entsprechenden Link rufen Sie eine Liste der Hotline-Nummern für jeden einzelnen Bundesstaat auf) im Internet unter: www.fns.usda.gov/contact-us

Zum Einreichen einer Beschwerde wegen Diskriminierung im Rahmen eines Programms für den Erhalt bundesstaatlicher finanzieller Unterstützung durch das U.S. Department of Health and Human Services (HHS) wenden Sie sich schriftlich per Briefpost an: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 oder telefonisch unter 1-202-619-0403 (Sprache) oder 1-800-537-7697 (TTY [Schreibtelefon]).

Diese Einrichtung ist ein Anbieter, der Chancengleichheit und Gleichbehandlung fördert.