

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA
WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY
SERVICES, SENIORCARE Y CARETAKER SUPPLEMENT**

**RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION AUTHORIZATION FOR WISCONSIN MEDICAID, BADGERCARE PLUS,
FOODSHARE, FAMILY PLANNING ONLY SERVICES, SENIORCARE, AND CARETAKER SUPPLEMENT**

Complete y envíe este formulario para autorizar la divulgación de la información indicada en la Sección 2 a continuación. La persona cuya información se divulga puede tener el derecho de inspeccionar y, al pagar cualquier tarifa aplicable, obtener una copia de la información divulgada.

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR EL FORMULARIO

Si la persona cuya información se divulgará vive en el **condado de Milwaukee**, haga uno de los siguientes:

- Envíe el formulario por fax al 1-888-409-1979.
- Envíe el formulario por correo a:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

Si la persona cuya información se divulgará **no** vive en el condado de Milwaukee, haga uno de los siguientes:

- Envíe el formulario por fax al 1-855-293-1822.
- Envíe el formulario por correo a:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547

SECCIÓN 1

Información personal y de contacto



Parte A: Persona cuya información se divulgará

Nombre – Persona cuya información se publicará (Apellido, Nombre, Inicial)

Número de caso (si se sabe)

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Parte B: La información de la persona u organización puede divulgarse a

Nombre – La información de la persona o la organización puede divulgarse a

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Parte C: Agencia/consorcio autorizado para divulgar información

Nombre - Mantenimiento de ingresos o agencia/consorcio tribal autorizada para divulgar información

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

SECCIÓN 2

Información autorizada para divulgarse



Indique la información autorizada para divulgarse:

- ☐ Estatus actual de elegibilidad para programas de salud y nutrición
- ☐ Información utilizada para determinar la elegibilidad para programas de salud y nutrición
- ☐ Otra información de elegibilidad – evspecificar:

Indique el propósito o la necesidad para la divulgación de información. Sea específico.

Indique la fecha en que debe finalizar la autorización. La fecha tiene que ser dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de la firma de este formulario. Si no se proporciona una fecha, la autorización finalizará en 12 meses a partir de la fecha en que se firme este formulario.

SECCIÓN 3

Declaraciones de entendimiento y firma



- Autorizo la divulgación de información a la persona u organización indicada en la Parte B de la Sección 1.
- Esta autorización es voluntaria. La negativa a firmar no afectará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios.
- La información que autorizo a ser divulgada puede ser divulgada nuevamente por el destinatario de los registros solo si la ley lo permite. Si la información se vuelve a divulgar, el destinatario de la información divulgada de nuevo puede estar bajo el control de diferentes leyes.
- Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, a excepción de la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación por escrito se debe entregar a la agencia / consorcio que autoricé para divulgar información.
- A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta el tiempo de vencimiento indicado en la Sección 2.



FIRMA – Persona cuya información se divulgará

Fecha de la firma

Declaración de no discriminación conjunta del USDA

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.