

INSTRUCCIONES PARA LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN AL KATIE BECKETT MEDICAID DEL DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES (DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD) DE WISCONSIN
(AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION TO THE WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES KATIE BECKETT MEDICAID INSTRUCTIONS)

Medicaid de Wisconsin necesita su autorización escrita o verbal para acceder a la información necesaria para procesar su solicitud para Medicaid para discapacidades o Katie Beckett Medicaid. Puede proporcionar esta autorización al firmar el formulario Autorización para Revelar Información al Katie Beckett Medicaid del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin, F-03096. Katie Beckett Medicaid puede utilizar solo una copia de este formulario para comunicarse con muchos proveedores. Es posible que algunas fuentes de información individuales requieran una autorización firmada por separado para revelar información nueva después de recibir tratamiento. En ese caso, podemos comunicarnos con usted para que firme varias autorizaciones. **Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.**

Para revocar su autorización para que los proveedores compartan su información con Katie Beckett Medicaid, puede presentar una solicitud por escrito ante el departamento de servicios sociales o humanos de su condado, a Katie Beckett Medicaid o directamente ante el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS) de Wisconsin en la siguiente dirección:

Attn: Katie Beckett Medicaid
Department of Health Services
PO Box 7886
Madison WI 53707-7886

Si elige revocar esta autorización, también debe enviar una copia de su solicitud a cada proveedor o fuente, para hacerles saber que ya no quiere que compartan su información con Katie Beckett Medicaid.

Nota: revocar la autorización para que las fuentes compartan su información con Katie Beckett Medicaid puede resultar en su desafiliación del programa.

INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUIDO EL AVISO REQUERIDO POR LA LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD DE 1974

Toda la información personal recopilada por el DHS está protegida por la Federal Privacy Act (Ley Federal de Privacidad) de 1974. Una vez que se revela la información médica al DHS, ya no está protegida por las disposiciones sobre privacidad de la información médica (45 C.F.R. Parte 164) de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico, HIPAA) de 1996. El DHS conserva la información personal en estricto cumplimiento de los calendarios de conservación establecidos y mantenidos en conjunto con la National Archives and Records Administration (Administración Nacional de Archivos y Registros). Al final del ciclo de vida útil de un registro, se destruye de acuerdo con las disposiciones sobre privacidad, como se especifica en 36 C.F.R. Parte 1228.

Los menores de 18 años tienen derecho a determinar si se pueden divulgar determinados registros. Para los menores de 12 años o más, consulte los Est. de Wis. secciones 51.30(5)(a); 51.47; Cód. Adm. de Wisconsin secciones DHS 92.06 y 92.06(2); 42 C.F.R. sección 2.14; y 45 C.F.R. sección 164.502(g)(5) para determinar si su firma es necesaria en el formulario de Autorización para Revelar Información al Katie Beckett Medicaid del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin F-03096, o en el formulario Autorización para Revelar Información al Katie Beckett Medicaid del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin: específica de la clínica, F-03096B. Para los menores de 14 años o más, consulte los Est. de Wis. secciones 51.14; 51.30(4)(b) (20); 51.30(5)(a) y (b); y 51.61(6).

El DHS utilizará la información obtenida de este formulario para determinar su elegibilidad para los beneficios y su capacidad de administrar cualquier beneficio recibido. Por lo general, esto incluye la revisión de la información del personal del DHS al procesar su caso. En algunos casos, su información también puede ser revisada por el personal del DHS que procesa su apelación de una decisión o por investigadores para resolver alegaciones de fraude o abuso. También se puede usar su información en cualquier procedimiento administrativo, civil o penal.

Firmar este formulario es voluntario, pero no firmarlo o revocarlo antes de que el DHS reciba la información necesaria puede impedir que se tome una decisión precisa u oportuna sobre su reclamación y puede tener como resultado la denegación o pérdida de los beneficios.

La información que el DHS obtiene con este formulario puede revelarse sin su consentimiento si las leyes federales, como la Ley de Privacidad y la Ley de Seguro Social, lo autorizan. Por ejemplo, el DHS puede divulgar la información:

1. Para permitir que un tercero (por ejemplo, médico consultor) u otra agencia gubernamental ayuden al DHS a establecer los derechos sobre los beneficios del Seguro Social o la cobertura de Medicaid.
2. Para cumplir con las leyes estatales y locales que requieren la revelación de la información en casos de presunto abuso infantil o de adultos mayores. El DHS también puede utilizar la información que usted le da cuando coteja registros por computadora. Los programas de cotejo comparan los registros del DHS con los registros de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Muchas agencias utilizan programas de cotejo para encontrar o comprobar que una persona reúne los requisitos para obtener los beneficios pagados por el gobierno. La ley le permite hacer esto al DHS aunque usted no esté de acuerdo.

Si necesita ayuda para completar esta autorización o si tiene alguna pregunta sobre la autorización, póngase en contacto con su especialista en elegibilidad de Katie Beckett Medicaid o con la central de admisión de Katie Beckett Central llamando al 888-786-3246.