

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR IIS INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Al completar este formulario se autoriza revelar la información descrita en la sección "Descripción específica de los registros autorizados para ser revelados". La persona (sujeto del registro) cuyo registro se revela puede tener derecho a inspeccionar, y después de pagar los gastos pertinentes, a obtener una copia de los registros revelados. Excepto por los registros de medicamentos/tratamiento somático, el director o encargado de una institución para tratamiento de enfermedad mental, discapacidad de desarrollo, abuso de alcohol o drogas, puede negar, en ciertas circunstancias, ese derecho durante el curso del tratamiento. Section 51.30, Wis. Stats., DHS 92.03-92.06 Wis. Adm. Code.

Nombre – Persona cuyo registro se revelará (sujeto del registro)	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de identificación (si tiene)	Fecha de nacimiento
Nombre - La información se puede revelar a: <b>Los trabajadores del personal de WIC</b>	
Organización	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	

Nombre y dirección – **Agencia / organización autorizada para revelar la información**

**Department of Health Services  
Division of Health Care Access and Accountability  
Forward Health  
313 Blettner Blvd.  
Madison, WI 53784**

**Descripción específica de los registros autorizados para ser revelados** (Incluya las fechas de los registros, si aplica)

Información que confirme si el sujeto del registro (solicitante de WIC) recibe los beneficios de Medicaid o BadgerCare Plus en la actualidad.

Propósito o necesidad de revelar la información (Sea específico)

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 para los beneficios de WIC permitiéndole al Programa WIC determinar si el sujeto del registro (solicitante de WIC) es actualmente elegible para recibir Medicaid o BadgerCare Plus y revisar el código de estado médico asignado al sujeto del registro (solicitante de WIC) para obtener el comprobante de ingresos. Según el código de estado médico, el sujeto del registro (solicitante de WIC) puede cumplir con los requisitos de comprobante de ingresos. La organización de cuidado administrado (Managed Care Organization) se utilizará para solicitar que Medicaid pague por un sacaleches o por la facturación de un análisis de plomo en la sangre.

Acuerdos

- Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el tratamiento, pago, registro o elegibilidad para los beneficios, excepto por:  
 No 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 cuidado administrado.**
- La información que yo autorice revelar puede también volver a ser revelada por el destinatario sólo si la ley lo permite. Si la información vuelve a ser revelada, 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 se le tiene que dar a la agencia /organización que yo autorice revelar la información.
- Excepto si es revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada abajo.

Elija una:

- La autorización se vence el \_\_\_\_\_ (fecha).
- La autorización se vence **24** meses a partir de la fecha en que usted firmo esta autorización.
- La autorización se vence después de que se tome 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 (sujeto del registro)

Fecha de la firma

**FIRMA** Otra persona legalmente autorizada para dar consentimiento  
Título o relación con el sujeto del registro

Fecha de la firma