

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO SSA-827

ESTAS INSTRUCCIONES EN ESPAÑOL PROVEEN UNA TRADUCCIÓN DE LAS PREGUNTAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL FORMULARIO SSA-827 EN INGLÉS. USTED DEBE FIRMAR, FECHAR Y DEVOLVER LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL SSA-827 A LA OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL PARA PODER PROCESAR SU CASO POR INCAPACIDAD.

A QUIEN, pertenecen los expedientes que se divulgarán – Indique su primer y segundo nombre y apellido(s), su número de Seguro Social, y su fecha de nacimiento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA)

**** POR FAVOR, LEA TODAS LAS PÁGINAS DEL FORMULARIO ANTES DE FIRMAR ****

Voluntariamente, autorizo y solicito divulgación (incluso por intercambio verbal, por escrito y medios electrónicos):

DE QUÉ Todos mis expedientes médicos, así como expedientes escolares y cualquier otra información relacionada con mi capacidad para desempeñar tareas. Esto incluye el permiso específico para divulgar:

- 1. Todos los expedientes y otra información relacionada con el tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria de mi(s) impedimento(s), incluso y no limitado a:**
 - Impedimentos psicológicos, psiquiátricos u otros trastornos mentales (excluye las «notas de psicoterapia», según definido en el CFR 45, parte 164.501)
 - Abuso de drogas, alcoholismo o abuso de otras sustancias
 - Anemia de células falciforme
 - Expedientes que puedan indicar la presencia de enfermedades contagiosas o que no son transmisibles y pruebas de detección o registro de VIH/SIDA.
 - Impedimentos asociados con los genes (incluso resultados de pruebas genéticas)
- 2. Información sobre cómo mis impedimentos afectan mi capacidad para llevar a cabo tareas y actividades del diario vivir, y mi capacidad para trabajar.**
- 3. Copias de evaluaciones educativas o pruebas, incluso Programas de Educación Individual, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla, y cualquier otro expediente que pueda ayudar a evaluar las funciones, al igual que evaluaciones y observaciones de los maestros.**
- 4. Información generada dentro de los 12 meses después de haber firmado esta autorización, al igual que información anterior a la firma de esta autorización.**

DE QUIÉN

- **Todas las fuentes médicas** (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluso instituciones de salud mental, correccionales, tratamiento de adicción y de instituciones de salud de la Administración de Veteranos (VA, siglas en inglés)
- Todas las fuentes de educativas (escuelas, maestros, administradores de expedientes, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Consultores médicos usados por el Seguro Social
- Empleadores (Patrones), empresas de seguro, programas de compensación a trabajadores
- Otras personas que conozcan sobre mi condición (familiares, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

A QUIÉN A la Administración del Seguro Social y a la agencia del estado autorizada a procesar mi caso (mejor conocida como «disability determination services [Agencia de Determinación de Incapacidad]»), **incluso los servicios de copias por contrato y los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso.** [Además, para reclamaciones internacionales, al puesto de servicio extranjero del Departamento de Estado de los Estados Unidos].

PROPÓSITO Determinar mi derecho a recibir los beneficios, incluso la consideración del efecto combinado de impedimentos que, por sí mismos, no cumplirían con la definición de incapacidad del Seguro Social, y establecer si puedo administrar tales beneficios. Marque el encasillado en la izquierda de la versión del SSA-827 en inglés si SOLO vamos a determinar si es capaz de administrar beneficios.

CUÁNDO CADUCA Esta autorización es válida por 12 meses desde la fecha en que es firmada (debajo de mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Comprendo que existen circunstancias en las que esta información puede divulgarse más de una vez a otras fuentes de información (consulte la página 2 para más detalles).
- Puedo escribirle al Seguro Social y a mis fuentes para revocar la presente autorización en cualquier momento (consulte la página 2, EXPLICACIÓN DEL FORMULARIO SSA-827, para más detalles). El Seguro Social me entregará una copia de este formulario, si la solicito. Puedo solicitar a la fuente de información que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que se divulgará.
- **He leído todas las páginas del formulario y doy mi consentimiento para que la información descrita anteriormente sea divulgada por las fuentes de información enumeradas.**

POR FAVOR, FIRME CON TINTA AZUL O NEGRA SOLAMENTE

PERSONA que autoriza la divulgación de información

FIRMA La persona tiene que firmar y fechar esta autorización, y proveer su dirección (calle, ciudad, estado y zonal postal) y número de teléfono (con el código de área).

Si la firma no pertenece a la persona cuya información será divulgada, especifique la base de autorización para firmar. Marque el encasillado en la versión en inglés para indicar si usted es el padre del menor, tutor legal u otro representante (explique). Firme la versión en inglés del formulario SSA-827 en el espacio provisto para una segunda firma de ser requerida por una ley estatal.

TESTIGO: En esta sección del formulario SSA-827 en inglés, alguien que conozca al firmante debe firmar como testigo y debe indicarnos el número de teléfono o dirección de él o ella. Hay un espacio para la firma de un segundo testigo de ser necesario.

Esta autorización general y especial para divulgar información fue diseñada para cumplir con las disposiciones relacionadas con la divulgación de información médica, educativa y de otro tipo, conforme a P.L. 104-191 («HIPPA»); CFR 45, partes 160 y 164; código de EE.UU. 42, sección 290dd-2; CFR 42, parte 2; código de EE.UU. 38 sección 7332; CFR 38 parte 1.475; código de EE.UU. 20, sección 1232g («FERPA»); CFR 34, partes 99 y 300; y legislación estatal.

Explicación del formulario SSA-827,

«Autorización para divulgar información a la Administración del Seguro Social»

Necesitamos su autorización por escrito para ayudarnos a obtener la información necesaria para tramitar su solicitud y determinar su capacidad para administrar los beneficios. Las leyes y reglamentos exigen que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de divulgar dicha información. Además, las leyes requieren autorización específica para divulgar información acerca de ciertos padecimientos y de fuentes educativas.

Puede proveer esta autorización firmando el formulario SSA-827. La ley federal permite que las fuentes de información acerca de usted nos divulguen la información si usted firma una sola autorización para todas sus posibles fuentes. Nosotros haremos copias de la misma para cada fuente. Una entidad cubierta (o sea, una fuente de información médica sobre usted) no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción o derecho a beneficios basado en que usted firme el formulario de autorización. Algunos estados y fuentes individuales de información, requieren que la autorización indique específicamente el nombre de la fuente al que usted autoriza a divulgar información personal suya. En estos casos, podríamos pedirle que firme una autorización para cada fuente, y podríamos comunicarnos con usted de nuevo si necesitaríamos que firme autorizaciones adicionales.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la situación en que la fuente de información ya haya actuado basándose en la misma. Para revocarla, envíe una declaración escrita a cualquier Oficina del Seguro Social. Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes, indicando que ya no desea que divulguen información sobre su persona; el Seguro Social podrá avisarle si hemos identificado alguna fuente que usted no nos indicó. El Seguro Social puede utilizar la información divulgada antes de la revocación para tomar una decisión sobre su solicitud.

La política del Seguro Social es prestar servicios a personas con dominio limitado del inglés en su idioma nativo o el modo de comunicación que prefieran, conforme con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y la Ley de Educación para Personas con Incapacidades. El Seguro Social hace todo el esfuerzo posible para que la información del formulario SSA-827 le sea suministrada en su idioma nativo o en el que usted prefiera.

LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD RECOPIACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Las secciones 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) y 1631(e)(1)(A) de la Ley del Seguro Social según enmendada, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) y 1383(e)(l)(A)] nos autorizan a recopilar esta información. Usaremos la información que usted provee para ayudarnos a determinar su derecho a recibir, o su derecho a continuar recibiendo, beneficios y su capacidad para administrar los beneficios que pudiera recibir. La información que provee es voluntaria. Sin embargo, la falta de proveer la información solicitada puede prevenirnos de tomar una decisión correcta y a tiempo en su reclamación, y puede resultar en la denegación o pérdida de beneficios.

Raramente usamos la información que provee en este formulario para cualquier otro propósito que no sean las razones explicadas anteriormente. Sin embargo, podemos usarla para la administración e integridad de los programas del Seguro Social. También podemos divulgar esta información a terceras personas o a otra agencia en acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen pero no están limitados a lo siguiente:

1. Para permitir a una tercera persona o a una agencia a ayudarnos a establecer los derechos a beneficios y/o cobertura de Seguro Social;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de información de nuestros expedientes (Ej., la Oficina General de Contraloría, la Administración General de Servicios, la Administración de los Registros de Archivos Nacionales, y el Departamento de Asuntos de Veteranos;
3. Para tomar determinaciones para el derecho en programas similares de salud y mantenimiento de ingresos al nivel federal, estatal y municipal; y
4. Para facilitar estudios estadísticos, auditorías y actividades investigativas necesarias para garantizar la integridad y el mejoramiento de nuestros programas (Ej., a la Oficina del Censo y entidades privadas bajo contrato con el Seguro Social).

También, podemos utilizar la información que usted nos provee en programas de comparación por computadora. Los programas de cotejo comparan nuestros expedientes con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o municipales. Usamos la información de estos programas para establecer o verificar si la persona tiene derecho a los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos incorrectos o de deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista de los usos rutinarios de esta información está contenida en nuestro Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad, titulada Sistema de Expedientes de Reclamaciones, 60-0089; Registro Principal de Beneficiarios, 60-0090; registro de Seguridad de Ingreso Suplementario y Beneficios Especiales de Veteranos, 60-0103; y Registro Electrónico (eDIB) de Reclamos por Incapacidad, 60-0340. Los avisos, información adicional concerniente a este formulario, e información concerniente a nuestros sistemas y programas están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en cualquier oficina del Seguro Social.

LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que le tomará 10 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO LLENO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL.** Puede localizar su oficina local del Seguro Social a través de su sitio de Internet en www.socialsecurity.gov (solo disponible en inglés). Las oficinas también aparecen en la guía telefónica bajo agencias del gobierno de los EE.UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). *Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo que le toma llenar el formulario a: Social Security, 6401 Security Boulevard, Baltimore, MD 21235-6401. Por favor, envíe SOLO los comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo, a la dirección antes mencionada, no el formulario lleno.*