

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA SSA-827

INSTRUKCJA W JĘZYKU POLSKIM PRZEKAZUJE TREŚĆ ANGIELSKIEJ WERSJI FORMULARZA SSA-827. WARUNKIEM ROZPATRZENIA WNIOSKU O ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU INWALIDZTWA JEST ZŁOŻENIE ANGIELSKIEJ WERSJI FORMULARZA SSA-827, OPATRZONEJ PODPISEM I DATĄ, W LOKALNYM BIURZE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (SOCIAL SECURITY OFFICE).

OSOBA, której dane będą ujawniane – proszę podać pierwsze i drugie imię, nazwisko, numer ubezpieczenia społecznego oraz datę urodzenia.

UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIENIA DANYCH URZĘDOWI DS. UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (SSA)

**** PROSZĘ PRZECZYTAĆ CAŁY FORMULARZ PRZED ZŁOŻENIEM PODPISU ****

Wyrażam zgodę i życzę sobie ujawnienia (włączając pisemną, ustną oraz elektroniczną wymianę danych):

CZEGO Całej mojej dokumentacji medycznej, jak również danych na temat wykształcenia oraz innych informacji dotyczących moich umiejętności. W szczególności dotyczy to również zezwolenia na ujawnienie:

1. Wszystkich danych oraz informacji na temat mojego leczenia, hospitalizacji oraz opieki poza szpitalnej w związku z inwalidztwem, w tym m.in.:

- upośledzenia psychologiczne, psychiatryczne i umysłowe („psychotherapy notes [oprócz danych o psychoterapii], zgodnie z 45 CFR164.501)
- narkomanię, alkoholizm i nadużywanie innych substancji
- anemię sierpowatą
- informacje, które mogą wskazywać na obecność choroby zakaźnej lub niezakaźnej, a także testy na obecność lub dane dotyczące obecności wirusa HIV/AIDS
- upośledzenia o podłożu genetycznym (w tym wyniki testów genetycznych)

2. Informacji o wpływie inwalidztwa na zdolność do wykonywania codziennych zadań i czynności oraz na zdolność do pracy.

3. Kopii testów i ocen szkolnych, włączając w to indywidualne programy nauczania (Individualized Educational Programs), ocen trzyletnich, badań psychologicznych oraz badań mowy, a także wszystkich innych informacji, które mogą być przydatne do oceny stanu zdrowia – również obserwacji i ocen nauczycieli.

4. Informacji powstałych w okresie 12 miesięcy od daty podpisania niniejszego upoważnienia oraz wcześniejszych.

SKĄD POCHODZĄCYCH

- Ze wszystkich źródeł medycznych (szpitali, przychodni, laboratoriów, lekarzy, psychologów itp.), włącznie z instytucjami zajmującymi się zdrowiem psychicznym, przychodniami więziennymi, ośrodkami leczenia uzależnień oraz ośrodkami dla kombatanów (VA)
- Ze wszystkich źródeł związanych z oświatą (szkoły, nauczyciele, pracownicy administracji szkolnej, psychologowie szkolni itp.)
- Od pracowników opieki społecznej, doradców ds. resocjalizacji
- Od konsultantów zatrudnianych przez SSA
- Od pracodawców, firm ubezpieczeniowych, funduszy wypłacających zasiłki pracownicze
- Od innych osób, które mogą dostarczyć informacji o stanie zdrowia wnioskodawcy (rodzina, sąsiedzi, znajomi, urzędnicy państwowi)

KOMU

Urzędowi ds. Ubezpieczeń Społecznych oraz agencjom rządowym upoważnionym do rozpatrywania wniosków o przyznawanie świadczeń (służby ds. „disability determination services [określenia stopnia inwalidztwa]”), w tym punktem kopiowania dokumentów oraz lekarzom i innym specjalistom zatrudnianym jako konsultanci w trakcie rozpatrywania wniosku. [Ponadto w przypadku roszczeń o zasięgu międzynarodowym, US Department of State Foreign Service Post (amerykańskim placówkom dyplomatycznym).]

W JAKIM CELU

Ustalenia prawa wnioskodawcy do świadczeń, włącznie z rozpatrzeniem łącznego wpływu upośledzeń, które z osobna nie spełniają definicji inwalidztwa wg SSA oraz ustalenia zdolności wnioskodawcy do korzystania ze świadczeń.

Jeżeli ustalana JEST WYŁĄCZNIE zdolność do korzystania ze świadczeń, w angielskiej wersji formularza SSA-827 należy zaznaczyć pole po lewej stronie.

KIEDY WYGASA Upoważnienie jest ważne przez 12 miesięcy od daty podpisania (poniżej podpisu wnioskodawcy)

- Wyrażam zgodę na wykorzystanie kopii niniejszego formularza (również kopii elektronicznej) w celu ujawnienia powyższych informacji.
- Mam świadomość, że w pewnych okolicznościach informacje te mogą być przekazywane innym osobom prawnym (szczegóły na str. 2).
- W dowolnym momencie mam prawo wycofać upoważnienie, kierując pismo do SSA oraz instytucji będących źródłami informacji (szczegóły na str. 2, OBJAŚNIENIA DO FORMULARZA SSA-827). Na moją prośbę SSA dostarczy mi kopię niniejszego formularza; mogę również wystąpić z prośbą do instytucji będących źródłami informacji o wgląd w swoje dane lub o kopię ujawnianych dokumentów.
- **Zapoznałam(-em) się z treścią obu stron formularza i zgadzam się ujawnić swoje dane pochodzące z wymienionych wyżej źródeł.**

FORMULARZ NALEŻY PODPISAĆ WYŁĄCZNIE NIEBIESKIM LUB CZARNYM ATRAMENTEM.

OSOBA FIZYCZNA udzielająca upoważnienia na ujawnianie PODPIS Tutaj wnioskodawca składa podpis i podaje datę, adres (ulica, miejscowość, stan, kod pocztowy) oraz numer telefonu wraz z numerem kierunkowym.

JEŻELI formularz nie został podpisany przez osobę, której dane są przedmiotem ujawniania, określić na jakiej podstawie inna osoba jest upoważniona do złożenia podpisu. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole w angielskiej wersji formularza SSA-827, aby określić, czy osoba składająca podpis jest rodzicem osoby małoletniej, opiekunem lub przedstawicielem innego rodzaju (proszę objaśnić). Jeżeli prawo stanowe wymaga złożenia dwóch podpisów, proszę podpisać formularz angielski w wyznaczonym polu.

ŚWIADEK: W tej części angielskiej wersji formularza SSA-827 podpis składa świadek, który zna wnioskodawcę osobiście. Świadek podaje również swój numer telefonu oraz adres. Przewidziano również miejsce na podpis drugiego świadka, jeżeli jest to wymagane.

Niniejsze ogólne oraz szczegółowe upoważnienie do ujawniania informacji zostało opracowane zgodnie z zastrzeżeniami odnoszącymi się do ujawniania informacji medycznych, informacji związanych z wykształceniem i innych, zgodnie z P.L. 104-191 („HIPAA”); 45 CFR parts 160 oraz 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR part 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g („FERPA”); 34 CFR parts 99 i 300; oraz z prawem stanowym.

Objaśnienia do formularza SSA-827,

„Upoważnienie do ujawniania danych Urzędowi ds. Ubezpieczeń Społecznych (SSA)”

Do uzyskania przez SSA informacji niezbędnych do rozpatrzenia wniosku oraz do ustalenia zdolności do korzystania ze świadczeń potrzebne jest pisemne upoważnienie petenta. Instytucje będące źródłami informacji muszą na mocy przepisów przed udostępnieniem danych otrzymać pisemne upoważnienie do ich ujawniania. Konieczne jest również konkretne upoważnienie do ujawniania niektórych informacji o stanie zdrowia oraz informacji pochodzących z instytucji edukacyjnych.

Wnioskodawca udziela upoważnienia przez podpisanie formularza SSA-827. Prawo federalne zezwala instytucjom na ujawnianie danych osobowych, jeżeli zainteresowane osoby złożą podpis na upoważnieniu, które obejmuje wszystkie informacje ze wszystkich możliwych źródeł. Dla każdego źródła sporządzamy odrębną kopię upoważnienia. Podmiot objęty upoważnieniem (czyli źródło informacji medycznych) nie może uzależniać leczenia, wypłaty, uprawnień, lub kwalifikacji do korzystania ze świadczenia od faktu podpisania lub niepodpisania niniejszego upoważnienia. Kilka stanów oraz kilka instytucji będących źródłami informacji wymaga, aby na upoważnieniu figurowała nazwa źródła, któremu wnioskodawca udziela upoważnienia do ujawniania informacji. W takich przypadkach prosimy wnioskodawcę o podpisanie po jednym upoważnieniu dla każdego źródła. Czasami kontaktujemy się w sprawie podpisania kolejnych upoważnień.

Wnioskodawca ma prawo wycofać upoważnienie w dowolnym momencie; nie dotyczy to działań już podjętych na jego podstawie. Aby uchylić upoważnienie, należy przesłać pisemne oświadczenie do dowolnego biura Ubezpieczeń Społecznych. Należy również przestać do jednego ze źródeł oświadczenie stwierdzające, że wnioskodawca nie wyraża już zgody na ujawnianie swoich danych osobowych. SSA może wykorzystać informacje ujawnione przed wycofaniem upoważnienia, w celu rozpatrzenia wniosku o świadczenia.

Executive Order (Zgodnie z Zarządzeniem) 13166 (11 sierpnia 2000) oraz ustawą o kształceniu osób upośledzonych (Individuals with Disabilities Education Act), SSA podejmuje starania, aby treść formularza SSA-827 została wyjaśniona w ojczystym lub preferowanym języku wnioskodawcy z ograniczoną znajomością języka angielskiego.

Nota o zbieraniu i wykorzystaniu danych osobowych zgodnie z Ustawą

Urząd SSA jest upoważniony do gromadzenia tych informacji na podstawie przepisów art. 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) oraz 1631 (e)(1)(A) Ustawy o ubezpieczeniach społecznych (Social Security Act) z poprawkami, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) i 1383(e)(l)(A)] Udzielone nam informacje służą do ustalenia uprawnień do świadczeń lub ich kontynuacji oraz zdolności do korzystania z nich. Informacje udzielane są dobrowolne, jednak nieudzielenie ich spowoduje opóźnienia w rozpatrzeniu wniosku i może prowadzić do utraty lub odmowy przyznania świadczeń.

Informacje uzyskiwane przy pomocy niniejszego formularza prawie nigdy nie są wykorzystywane do innych celów niż wyżej wymienione. Jednakże możemy z nich korzystać dla celów administracji i kontroli programów ubezpieczeń społecznych. Możemy także ujawniać je innym osobom fizycznym i prawnym zgodnie z zatwierdzonymi zasadami formalnymi, m.in. w celu:

1. umożliwienia innej osobie lub urzędowi udzielenia nam pomocy w ustalaniu uprawnień do świadczeń socjalnych i ubezpieczenia społecznego;
2. wymaganego przez prawo federalne ujawniania danych osobowych będących w naszym posiadaniu (np. następującym urzędom: Government Accountability Office, General Services Administration, National Archives Records Administration, Department of Veterans Affairs;
3. określania uprawnień do korzystania z podobnych federalnych, stanowych i samorządowych programów opieki zdrowotnej i zapomóg finansowych, oraz
4. ułatwienia badań statystycznych, czynności kontrolnych i dochodzeń niezbędnych dla zapewnienia jakości i spójności oraz ulepszenia naszych programów (np. podmiotom takim jak U.S. Census Bureau oraz prywatne firmy wykonujące nasze zlecenia).

Możemy również wykorzystać udzielone nam informacje do weryfikacji zapisów w komputerze. Programy komputerowe porównują dane w naszej bazie z danymi agencji federalnych, państwowych oraz samorządowych. Wykorzystujemy te informacje w celu ustalenia lub sprawdzenia, czy wnioskodawca jest uprawniony do świadczeń finansowanych lub administrowanych władze federalne oraz w celu egzekwowania zwrotu nienależnych wypłat lub zaległych długów na rzecz tych programów.

Pełna lista dozwolonych sposobów wykorzystania udzielonych nam informacji znajduje się w następujących bazach danych: Privacy Act Systems of Records Notices, w folderze pt. Claims Folder System, 60-0089; Master Beneficiary Record, 60-0090; Supplemental Security Income i Special Veterans Benefits, 60-0103; i w pliku Electronic Disability (eDIB) Claims File, 60-0340. Zawiadomienia, dodatkowe informacje dotyczące tej postaci, a także informacje na temat naszych systemów komputerowych i programów, są dostępne na stronie internetowej www.socialsecurity.gov lub w każdym biurze Urzędu Ubezpieczeń Społecznych.

USTAWA O OGRANICZANIU BIUROKRACJI

Ten zbiór informacji spełnia wymagania art. 44 Kodeksu USA § 3507, zgodnie z poprawkami w części 2 Paperwork Reduction Act (Ustawy o ograniczaniu biurokracji) of 1995. Nie trzeba odpowiadać na pytania, dopóki nie zostanie wyświetlony ważny numer kontrolny Biura ds. Zarządzania i Budżetu (Office of Management and Budget). Szacujemy, że na przeczytanie instrukcji, zebranie informacji i udzielenie odpowiedzi potrzeba ok. 10 minut. **WYPEŁNIONY FORMULARZ PROSZĘ WYŚLAĆ LUB PRZYNEŚĆ DO LOKALNEGO BIURA UBEZPIECZEŃ.** Adres miejscowego urzędu Social Security można znaleźć na stronie internetowej www.socialsecurity.gov. Adresy biur można również znaleźć w książce telefonicznej w kategorii agencje rządowe lub można zadzwonić do Social Security pod nr **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. Uwagi na temat szacowanego czasu wypełniania formularza prosimy przysyłać na adres SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Na powyższy adres prosimy kierować wyłącznie uwagi na temat szacowanego czasu, a nie wypełnione formularze.**