

INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE SSA-827

CES INSTRUCTIONS EN FRANÇAIS SONT LA TRADUCTION DE LA VERSION ANGLAISE DU FORMULAIRE SSA-827. VOUS DEVEZ SIGNER ET DATER LA VERSION ANGLAISE DU SSA-827 ET LE RETOURNER À VOTRE BUREAU LOCAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNE HANDICAPÉE.

PERSONNE dont les dossiers sont à transmettre - Indiquez vos prénom(s) et nom(s) de famille, ainsi que votre numéro de sécurité sociale et votre date de naissance.

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS À LA SÉCURITÉ SOCIALE (SSA)

**** VEUILLEZ LIRE L'INTÉGRALITÉ DU FORMULAIRE AVANT DE SIGNER CI-DESSOUS ****

Je, soussigné(e), autorise et demande la divulgation (y compris par voie écrite, orale et électronique) :

DE Tous mes dossiers médicaux ; ainsi que mon dossier scolaire et universitaire, accompagnés de toute autre information relative à mon aptitude à exécuter les tâches. Il s'agit notamment d'une autorisation spécifique de divulguer :

- Tous les dossiers et autres renseignements concernant mes traitements, hospitalisations et soins externes pour mon/mes handicap(s), y compris, mais sans toutefois s'y limiter pour :**
 - Troubles psychologiques, psychiatriques et autres troubles mentaux (à l'exclusion des « notes de psychothérapie (psychotherapy notes) », définies dans 45 CFR164.501)
 - Toxicomanie, alcoolisme et autre forme de toxicomanie
 - Drépanocytose
 - Des dossiers mentionnant la présence de maladies contagieuses ou non contagieuses et les tests pour le VIH/SIDA ou dossiers relatifs.
 - Déficiences géniques (y compris les résultats des tests génétiques)
- Renseignements sur la manière dont ma ou mes handicaps affectent ma capacité à accomplir les tâches et activités de la vie quotidienne et ma capacité à travailler.**
- Copies de tests et évaluations scolaires, y compris les Programmes éducatifs individualisés, les évaluations triennales, les tests psychologiques et de langage, ainsi que tout autre dossier contribuant à déterminer ma capacité à fonctionner ; également, observations et évaluations des enseignants.**
- Informations générées dans les 12 mois suivant la date de signature de cette autorisation, ainsi que les informations antérieures.**

AUPRÈS DE

- Toutes sources médicales (hôpitaux, cliniques, laboratoires, médecins, psychologues, etc.) y compris les centres de santé mentale, institutions correctionnelles, centres de traitement de la toxicomanie et les centres médicaux pour anciens combattants (VA)
- Toutes les sources éducatives (écoles, enseignants, administrateurs des dossiers, conseillers, etc.)
- Travailleurs sociaux/Conseillers en réadaptation
- Examineurs indépendants utilisés par la Sécurité Sociale
- Employeurs, compagnies d'assurance, programme de rémunération des employés
- Autres personnes pouvant connaître mon état (famille, voisins, amis, fonctionnaires et agents publics)

À

La Sécurité Sociale (Social Security Administration) et l'autorité administrative de l'État autorisée à statuer sur mon dossier (généralement appelée « services de détermination du handicap »), **y compris les services indépendants de reprographie, ainsi que les médecins et autres professionnels consultés au cours de ce processus.** [De plus, pour les dossiers de personnes étrangères, les Établissements du Département d'État américain à l'étranger (U.S. Department of State Foreign Service Post).]

OBJET

Déterminer mon éligibilité aux prestations, y compris étudier l'effet combiné de tous les handicaps qui, pris individuellement ne constituent pas une invalidité selon la définition de la Sécurité Sociale. Il s'agit également de déterminer si je suis capable de gérer ces prestations.

Cochez le cas échéant la case à gauche sur la version anglaise du formulaire SSA-827 si nous cherchons UNIQUEMENT à déterminer si vous êtes capable de gérer les prestations.

EXPIRATION Cette autorisation est valable 12 mois à compter de la date de sa signature (sous ma signature).

- J'autorise l'utilisation d'une reproduction (y compris une reproduction électronique) de ce formulaire pour la transmission des informations décrites ci-dessus.
- Je comprends que, dans certaines circonstances, ces renseignements pourront être retransmis à des tiers (voir page 2 pour plus de détails).
- Je peux écrire à la Sécurité Sociale et à mes correspondants information pour révoquer cette autorisation à tout moment (voir en page 2 EXPLICATION DU FORMULAIRE SSA-827). La Sécurité Sociale me fournira une photocopie de ce formulaire si j'en fais la demande ; je peux demander à la source de renseignements de me laisser contrôler ou de me fournir une copie des documents devant être divulgués.
- **J'ai lu les deux pages de ce formulaire et consens à la transmission de renseignements personnels me concernant par les correspondants relevant des catégories figurant sur ce formulaire.**

VEUILLEZ SIGNER UNIQUEMENT À L'ENCRE BLEUE OU NOIRE.

PERSONNE autorisant la divulgation

SIGNATURE La personne doit signer et dater cette autorisation et indiquer son adresse postale, ville, État et code postal, ainsi que son numéro de téléphone précédé de l'indicatif.

SI ce formulaire n'est pas signé par la personne objet de la divulgation de renseignements, précisez le lien vous unissant à la personne concernée. Cochez la case correspondante sur la version anglaise du formulaire SSA-827 pour préciser si la personne signataire est le parent d'un mineur, le tuteur ou tout autre représentant personnel (expliquez). Signez le SSA-827 en version anglaise dans l'espace prévu à cet effet si deux signatures sont exigées par la loi de l'État.

TÉMOIN : Sous cette rubrique de la version anglaise du SSA-827, toute personne connaissant la personne signataire doit signer en tant que témoin et indiquer son numéro de téléphone ou son adresse. Il y a assez de place pour un deuxième témoin le cas échéant.

Cette autorisation générale et spéciale de divulgation respecte les dispositions concernant la divulgation de renseignements à caractère médical, éducatif ou autre, définies par P.L. 104-191 (« HIPAA ») ; 45 CFR parts 160 and 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 and 300 ; et la loi de l'État.

Explication du formulaire SSA-827, « Autorisation de divulgation d'informations à la Sécurité Sociale (SSA) »

Nous avons besoin de votre consentement écrit pour pouvoir réunir les renseignements nécessaires pour statuer sur votre demande et déterminer votre capacité à gérer ces allocations. Les lois et réglementations en vigueur exigent que les correspondants information aient reçu une autorisation signée avant de nous transmettre les renseignements. De plus, le droit en vigueur requiert une autorisation spéciale pour la divulgation d'informations concernant certains états de santé et provenant de sources éducatives.

Vous pouvez fournir cette autorisation en signant le formulaire SSA-827. Le droit fédéral autorise les autorités administratives possédant des renseignements personnels sur vous à vous transmettre si vous signez un unique formulaire autorisant la divulgation de toutes les informations vous concernant détenues par toutes les sources possibles. Nous ferons des photocopies de cette autorisation et la transmettrons à chacune des sources concernées. Les sources concernées (c'est-à-dire, les sources d'informations médicales sur votre état de santé) n'ont pas le droit de faire de votre signature de ce formulaire d'autorisation une condition des services médicaux, des paiements, de l'inscription ou de l'éligibilité aux prestations. Quelques États et certaines sources individuelles d'informations exigent que l'autorisation indique précisément le nom de la source que vous autorisez à divulguer des renseignements personnels. Dans ce cas de figure, nous vous demanderons éventuellement de signer une autorisation pour chaque source et vous contacterons de nouveau si votre signature est nécessaire pour d'autres autorisations.

Vous avez le droit de révoquer cette autorisation à tout moment, sauf au cas où une source d'information se serait déjà basée sur cette autorisation pour entamer la procédure de transmission. Pour révoquer cette autorisation, adressez une lettre en ce sens à un bureau de la Sécurité Sociale. Dans ce cas, adressez également une copie de cette lettre de révocation à toutes les sources dont vous ne souhaitez plus qu'elles continuent à divulguer des renseignements personnels sur vous. La Sécurité Sociale peut vous indiquer si nous avons identifié d'autres sources que celles que vous nous avez indiquées. La Sécurité Sociale peut néanmoins utiliser les renseignements divulgués avant révocation pour statuer sur votre demande.

La Sécurité Sociale a pour politique d'offrir aux personnes ne parlant pas ou peu anglais un service dans leur langue maternelle ou mode de communication préféré, conformément au décret présidentiel (Executive Order) 13166 du 11 août 2000 et à la loi relative aux services éducatifs destinés aux personnes handicapées (Individuals with Disabilities Education Act). La Sécurité Sociale fait tout ce qui est en son pouvoir pour s'assurer que les informations contenues dans le formulaire SSA-827 vous sont fournies dans votre langue maternelle ou langue de prédilection.

Avis en vertu de la loi américaine relative à la protection de la vie privée (Privacy Act Statement) – Collecte et utilisation d'informations personnelles

La Sécurité Sociale est autorisée à réunir les informations du formulaire SSA-827 en vertu des Sections 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(l) et 1631(e)(l)(A) de la Loi américaine sur la Sécurité Sociale (*Social Security Act*) [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) and 1383(e)(l)(A)] telle que modifiée. Nous utilisons les informations contenues sur ce formulaire pour déterminer votre éligibilité, ou éligibilité prolongée, aux prestations, ainsi que votre capacité à gérer toutes prestations sociales qui vous sont versées. La communication par vous d'informations est volontaire. Cependant, tout défaut de communication des informations demandées est susceptible de retarder ou de fausser la décision sur votre dossier et d'entraîner un refus ou une perte de vos prestations.

Les informations fournies sur ce formulaire ne sont presque jamais utilisées à des fins autres que celles énoncées ci-dessus. Il est néanmoins possible que nous les utilisions aux fins d'administration et de préservation de l'intégrité des programmes de sécurité sociale. Il pourra également arriver que nous communiquions ces informations à une autre personne ou autorité conformément à des procédures approuvées, et notamment :

1. pour permettre à un tiers ou à une autre autorité administrative d'aider la SSA à déterminer l'éligibilité aux prestations de la Sécurité Sociale et/ou les droits ;
2. conformément à la loi autorisant la divulgation de renseignements contenus dans les dossiers de la Sécurité Sociale (par ex., à l'Inspecteur général (Government Accountability Office), aux autorités ou auditeurs chargés des prestations fédérales ou d'État (General Services Administration, à l'administration des dossiers des archives nationales (National Archives Records Administration, ou au Département des anciens combattants (Department of Veterans Affairs, VA) ;
3. en vue de la prise de décisions d'éligibilité en relation avec des programmes similaires dans les domaines de la santé et de l'aide sociale, aux niveaux fédéral, d'état et local ; et
4. à des fins statistiques, pour les activités d'audit et d'enquête nécessaires pour assurer l'intégrité et l'amélioration des programmes de la Sécurité Sociale (par ex. aux services du recensement [U.S. Census Bureau] et autres intérêts privés sous contrat avec la SSA).

Nous pouvons également utiliser les renseignements que vous nous donnez lorsque nous comparons les dossiers électroniquement. Ces logiciels servent à comparer nos dossiers avec ceux d'autres autorités administratives fédérales, locales ou d'État. La Sécurité Sociale utilise les informations de ces programmes pour déterminer ou prouver l'éligibilité d'une personne à certaines allocations versées ou administrées par le gouvernement fédéral, ainsi que pour le remboursement des trop-versés ou pour le paiement de dettes impayées en relation avec ces programmes.

Une liste complète des utilisations courantes des informations que vous nous communiquez est disponible dans nos systèmes de notification de fichiers en vertu de la loi américaine relative à la protection de la vie privée (Privacy Act Systems of Records Notices) intitulés, Système de classeur de demandes (Claims Folder System, 60-0089) ; Dossier bénéficiaires principal (Master Beneficiary Record, 60-0090) ; Dossier complément de revenus et Prestations spéciales anciens combattants (Supplemental Security Income record and Special Veterans benefits, 60-0103) ; et Dossier électronique de demande invalidité (eDIB) (Electronic Disability (eDIB) Claims File, 60-0340. Les avis, informations supplémentaires concernant ce formulaire et informations relatives à nos systèmes et programmes sont disponibles en ligne sur www.socialsecurity.gov ou dans les bureaux de la Sécurité Sociale.

LOI AMÉRICAINE SUR LA SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

La collecte de ces informations est conforme aux conditions de l'article 3507 du titre 44 du Code des États-Unis (United States Code, U.S.C. [44 U.S.C. § 3507]), telle que modifiée par l'Article 2 de la loi américaine de 1995 relative à la simplification administrative (Paperwork Reduction Act of 1995). Vous n'êtes pas tenu(e) de répondre à ces questions si nous n'avons pas de numéro de contrôle de la direction fédérale de la gestion publique et du budget (Office of Management and Budget). Environ 10 minutes devraient suffire pour lire les instructions, réunir les informations et répondre aux questions. **ENVOYEZ OU APORTEZ LE FORMULAIRE DUMENT COMPLÉTÉ À VOTRE BUREAU LOCAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.** Cette adresse, figure sur le site Internet de la SSA à l'adresse suivante : www.socialsecurity.gov. Les coordonnées de ce bureau sont indiquées à la rubrique Autorités administratives de votre annuaire téléphonique. **Vous pouvez également les obtenir en contactant la Sécurité Sociale au 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Vous pouvez adresser vos commentaires sur notre estimation de la durée nécessaire pour remplir le formulaire à : SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Adressez à cette adresse uniquement vos seuls commentaires relatifs à cette estimation, et non pas le formulaire lui-même.**