

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ SSA-827

ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΑΣ ΔΙΝΟΥΝ ΤΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΛΙΚΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ SSA-827. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΨΕΤΕ, ΝΑ ΒΑΛΕΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ ΤΟ ΑΓΓΛΙΚΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ SSA-827 ΣΤΟ ΤΟΠΙΚΟ ΣΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.

ΠΟΙΑΝΟΥ το ιστορικό θα αναφερθεί – Παρακαλούμε δώστε μας το όνομά σας, πατρώνυμο και το επίθετό σας, τον αριθμό σας κοινωνικής ασφάλισης και την ημερομηνία γεννήσεώς σας.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (SSA)

****ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΟΛΟΚΛΗΡΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΙΝ ΥΠΟΓΡΑΨΕΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ****

Οικειοθελώς εξουσιοδοτώ και ζητώ την αποκάλυψη (π.χ. γραπτών, προφορικών, ή ηλεκτρονικών ανταλλαγών):

ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΠΡΑΓΜΑ Κάθε ιατρικό ιστορικό μου. Επίσης, κάθε εκπαιδευτικό ιστορικό μου και άλλες πληροφορίες που σχετίζονται με την ικανότητά μου να πραγματοποιώ οποιεσδήποτε δραστηριότητες. Αυτό συμπεριλαμβάνει την ειδική άδεια για αποκάλυψη:

- Όλα τα ιστορικά μου και άλλες πληροφορίες που αναφέρονται στη θεραπεία μου, στην εισαγωγή μου σε νοσοκομείο ή τη θεραπεία μου ως εξωτερικό ασθενή για την αναπηρία μου, περιλαμβάνοντας μεταξύ άλλων:**
 - Ψυχολογική, ψυχιατρική ή άλλη διανοητική αναπηρία (εξαιρούνται οι «psychotherapy notes [ψυχοθεραπευτικές σημειώσεις]» όπως καθορίστηκαν στο 45 CFR 164.501)
 - Κατάχρηση ναρκωτικών, κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών
 - Δρεπανοκυτταρική αναιμία
 - Στοιχεία τα οποία μπορεί να καθορίζουν την παρουσία μεταδοτικών ή μη μεταδοτικών νοσημάτων, ή στοιχεία για τον ιό HIV και το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS)
 - Αναπηρίες που σχετίζονται με τα γονίδια (όπως αποτελέσματα γενετικού τεστ)
- Πληροφορίες σχετικά με το κατά πόσο η αναπηρία μου επηρεάζει την ικανότητά μου εκτέλεσης των καθημερινών εργασιών και ασχολιών και επηρεάζει την ικανότητά μου εργασίας.**
- Αντίγραφα των εκπαιδευτικών τεστ ή τεστ αξιολόγησης, όπως Εξατομικευμένα Εκπαιδευτικά Προγράμματα, τριετείς αποτιμήσεις, ψυχολογικές αποτιμήσεις και αξιολογήσεις ομιλίας καθώς και κάθε άλλο ιστορικό μου που θα μπορούσε να διευκολύνει την εκτίμηση της λειτουργικότητάς μου, καθώς και τις παρατηρήσεις και εκτιμήσεις διδασκάλων μου.**
- Πληροφορίες που παρουσιάστηκαν τους τελευταίους 12 μήνες μετά την ημερομηνία υπογραφής αυτής της εξουσιοδότησης, καθώς και προηγούμενες πληροφορίες.**

ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ

- Από όλες τις ιατρικές πηγές (νοσοκομεία, κλινικές, εργαστήρια, γιατρούς, ψυχολόγους, κλπ.) καθώς και ιδρύματα για ασθενείς με διανοητικές διαταραχές, σωφρονιστήρια, θεραπευτήρια για εθισμό και για βετεράνους (VA)
- Από όλες τις εκπαιδευτικές πηγές (σχολεία, καθηγητές, διαχειριστές ιστορικών, συμβούλους, κλπ)
- Από κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους αποκατάστασης
- Από συμβουλευτικούς ελεγκτές που χρησιμοποιεί η Κοινωνική Ασφάλιση
- Από τους εργοδότες, ασφαλιστικές εταιρείες, προγράμματα αποζημίωσης εργατικών ατυχημάτων (workers' compensation)
- Από άλλους που γνωρίζουν την κατάστασή μου (οικογένεια, γείτονες, δημόσιοι λειτουργοί)

ΣΕ ΠΟΙΟΝ

Στη Διαχείριση Κοινωνικής Ασφάλισης και στον πολιτειακό φορέα που είναι εξουσιοδοτημένος να διεκπεραιώσει την υπόθεσή μου [συνήθως λέγεται «disability determination services (Υπηρεσία καθορισμού αναπηρίας)»], όπως τις υπηρεσίες αντιγραφής συμβολαίων και γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας τους οποίους συμβουλευόμαστε κατά τη διαδικασία αυτή. [Επίσης, για διεθνείς αιτήσεις, στο U.S. Department of State Foreign Service Post (Υπουργείο Εξωτερικών, στο Τμήμα Διεθνών Υποθέσεων)].

ΣΚΟΠΟΣ

Να καθοριστεί το δικαίωμά μου για επιδόματα, συμπεριλαμβανομένης και της εξέτασης της συνδυασμένης επίδρασης των αιτιών αναπηρίας μου, οι οποίες από μόνες τους κάθε μία δεν θα ανταποκρινόταν στον ορισμό αναπηρίας της Κοινωνικής Ασφάλισης, και κατά πόσο μπορώ να διαχειριστώ αυτά τα επιδόματα.

Σημειώστε (τσεκάρετε) το τετραγωνάκι στα αριστερά στο αγγλικό έντυπο SSA-827 αν θα πρέπει να καθορίσουμε ΜΟΝΟ αν έχετε τη δυνατότητα διαχείρισης των επιδομάτων σας.

ΠΟΤΕ ΛΗΓΕΙ Αυτή η εξουσιοδότηση ισχύει για 12 μήνες από την ημερομηνία υπογραφής της (κάτω από την υπογραφή μου).

- Εξουσιοδοτώ τη χρήση ενός αντίγραφου (συμπεριλαμβανομένου και ηλεκτρονικού αντίγραφου) αυτού του εντύπου για την αποκάλυψη των πληροφοριών που αναφέρονται πιο πάνω.
- Καταλαβαίνω ότι υπάρχουν περιστάσεις όπου οι πληροφορίες αυτές θα αποκαλυφθούν και σε τρίτα πρόσωπα (δείτε τη σελίδα 2 για λεπτομέρειες).
- Θα μπορώ να γράψω στη SSA και στις πηγές μου για να ανακαλέσω αυτήν την εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή (δείτε τη σελίδα 2 ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ SSA-827). Η SSA θα μου δώσει ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου αν το ζητήσω. Θα μπορέσω να ζητήσω από την πηγή να μου επιτρέψει να εξετάσω ή να λάβω ένα αντίγραφο των πληροφοριών που πρόκειται να αποκαλυφθούν.
- Διάβασα και τις δύο σελίδες αυτού του εντύπου και συμφωνώ με τις παραπάνω αποκάλυψεις από τις πηγές που αναφέρονται.**

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΜΟΝΟ ΜΕ ΜΠΛΕ Ή ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ.

ΑΤΟΜΙΚΗ εξουσιοδότηση αποκάλυψης

ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ Το πρόσωπο πρέπει να υπογράψει και να βάλει ημερομηνία σε αυτήν την εξουσιοδότηση και να παρέχει το τηλέφωνό του/της με το πρόθεμα καθώς και την οδό, πόλη, πολιτεία και ταχυδρομικό κώδικα.

ΕΑΝ δεν υπογραφεί από το άτομο που παραδέχεται την αποκάλυψη, καθορίστε ποιος έχει το δικαίωμα να υπογράψει. Σημειώστε το κατάλληλο τετραγωνάκι στο αγγλικό έντυπο SSA-827 για να υποδείξετε αν το πρόσωπο που υπογράφει είναι γονέας ενός ανήλικου, κηδεμόνας ή κάποιος άλλος αντιπρόσωπος (εξηγήστε). Υπογράψτε το αγγλικό κείμενο SSA-827 στο χώρο που παρέχεται αν απαιτούνται δύο υπογραφές από την πολιτειακή νομοθεσία.

ΜΑΡΤΥΡΑΣ: Στο σημείο του αγγλικού SSA-827, κάποιος που γνωρίζει το πρόσωπο που υπογράφει το έντυπο θα πρέπει να υπογράψει ως μάρτυρας και να δώσει τον αριθμό τηλεφώνου του ή τη διεύθυνσή του. Υπάρχει χώρος και για δεύτερο μάρτυρα εάν χρειάζεται.

Η γενική και ειδική αυτή εξουσιοδότηση αποκάλυψης δημιουργήθηκε για να συμφωνεί με τους όρους που αναφέρονται στις αποκάλυψεις ιατρικών, εκπαιδευτικών και άλλων πληροφοριών, υπό το Νόμο P.L. 104-191 («HIPAA»), 45 CFR parts 160 και 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 και 300 και τον πολιτειακό νόμο.

Επεξήγηση του εντύπου SSA-827, «Εξουσιοδότηση αποκάλυψης πληροφοριών στη Διαχείριση Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA)»

Χρειαζόμαστε τη γραπτή σας εξουσιοδότηση για να μπορέσουμε να λάβουμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για την αίτησή σας για να λαβαίνετε επιδόματα και για να καθορίσουμε την ικανότητά σας διαχείρισης των επιδομάτων σας. Διάφοροι νόμοι και κανονισμοί απαιτούν από τις πηγές προσωπικών πληροφοριών να έχουν μια γραπτή εξουσιοδότηση πριν μας αποκαλύψουν αυτές τις πληροφορίες. Επίσης οι νόμοι απαιτούν ειδική εξουσιοδότηση για την αποκάλυψη πληροφοριών σχετικά με ορισμένες καταστάσεις και από εκπαιδευτικές πηγές.

Μπορείτε να δώσετε αυτές τις πληροφορίες υπογράφοντας ένα έντυπο SSA-827. Η Ομοσπονδιακή νομοθεσία επιτρέπει σε πηγές που έχουν ορισμένες πληροφορίες για σας να αποκαλύπτουν αυτές τις πληροφορίες αν υπογράψετε μια μοναδική εξουσιοδότηση που επιτρέπει την αποκάλυψη όλων των πληροφοριών των σχετικών με εσάς από όλες τις πηγές. Θα παράγουμε αντίγραφα για όλες τις πηγές. Μια εμπιστευτική οντότητα (δηλαδή μια πηγή ιατρικών πληροφοριών που σας αφορούν) μπορεί να μην καθορίζει τη θεραπεία, την πληρωμή, την εγγραφή ή την καταλληλότητα για επιδόματα, ανάλογα εάν υπογράψετε το έντυπο εξουσιοδότησης ή όχι. Ορισμένες Πολιτείες, και ορισμένες ειδικές πηγές πληροφοριών απαιτούν όπως η εξουσιοδότηση κατονομάζει ειδικά την πηγή που εξουσιοδοτείτε να αποκαλύψει πληροφορίες σχετικές με σας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα σας ζητήσουμε ενδεχομένως να υπογράψετε μια εξουσιοδότηση για κάθε πηγή και θα επικοινωνήσουμε και πάλι μαζί σας αν χρειαζόμαστε να υπογράψετε περισσότερες εξουσιοδοτήσεις.

Έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε οποτεδήποτε αυτήν την εξουσιοδότηση, εκτός αν μια κάποια πηγή στηρίζεται σε αυτήν για να προβεί σε μια συγκεκριμένη ενέργεια. Για να ανακαλέσετε, στείλτε μια γραπτή δήλωση σε οποιοδήποτε γραφείο της Κοινωνικής Ασφάλισης. Σ' αυτήν την περίπτωση στείλτε επίσης ένα αντίγραφο κατευθείαν σε κάθε πηγή που θα επιθυμούσατε να μην προβεί σε νέες αποκάλυψεις σχετικά με σας. Η SSA μπορεί να σας πει αν προσδιορίσαμε ορισμένες πηγές για τις οποίες δεν μας αναφέρατε τίποτα. Η SSA μπορεί να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που προηγούνται της ανάκλησής σας για να αποφασίσει σχετικά με την αίτησή σας.

Η πολιτική της SSA είναι να παρέχει υπηρεσίες στα άτομα που έχουν περιορισμένες γνώσεις της αγγλικής γλώσσας στη μητρική τους γλώσσα ή με τον ιδιαίτερο τρόπο επικοινωνίας που προτιμούν, σύμφωνα με την Executive Order (Εκτελεστική Διαταγή) 13166 (11 Αυγούστου 2000) και τον Individuals with Disabilities Education Act (Εκπαιδευτικό Νόμο περί Προσώπων με Ειδικές Ανάγκες). Η SSA καταβάλλει κάθε εύλογη προσπάθεια για να εξασφαλίσει ότι οι πληροφορίες στην SSA-827 σας παρέχονται στη μητρική σας γλώσσα ή στη γλώσσα της προτίμησής σας.

Δήλωση Νόμου Περί Ιδιωτικού Απορρήτου – Συλλογή και χρήση προσωπικών πληροφοριών

Η SSA έχει εξουσιοδοτηθεί να συλλέγει αυτές τις πληροφορίες από τις ενότητες 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(I) και 1631(e)(I)(A) του Social Security Act (Νόμου περί Κοινωνικής Ασφάλισης) όπως τροποποιήθηκε, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(I) και 1383(e)(I)(A)]. Θα χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που παρέχετε για να καθορίσουμε το δικαίωμά σας για επιδόματα ή για συνέχιση επιδομάτων και την ικανότητά σας να διαχειρίζεστε τα επιδόματα που λαβαίνετε. Οι πληροφορίες που παρέχετε είναι εθελοντικές. Ωστόσο, εάν δεν παράσχετε τις αιτούμενες πληροφορίες ενδέχεται να εμποδιστεί η σωστή και έγκαιρη απόφασή μας για την αίτησή σας, και θα μπορούσε να επιφέρει άρνηση ή απώλεια επιδομάτων.

Σπάνια χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες που παρέχετε σε αυτό το έντυπο για οποιονδήποτε άλλο σκοπό εκτός από τους σκοπούς που περιγράφονται ανωτέρω. Ωστόσο, ενδέχεται να τις χρησιμοποιήσουμε για τη διαχείριση και την ακεραιότητα προγραμμάτων Κοινωνικής Ασφάλισης. Ενδέχεται επίσης να αποκαλύψουμε πληροφορίες σε άλλο άτομο ή κρατική υπηρεσία σύμφωνα με τις τυπικές εγκεκριμένες χρήσεις, που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων:

1. Για να επιτρέψει σε τρίτο πρόσωπο ή κρατική υπηρεσία να μας βοηθήσουν στην εδραίωση δικαιωμάτων σε επιδόματα ή / και κάλυψη Κοινωνικής Ασφάλισης.
2. Προς συμμόρφωση με τους Ομοσπονδιακούς Νόμους που απαιτούν την αποκάλυψη πληροφοριών από τα αρχεία μας (π.χ. στο Government Accountability Office (Κυβερνητικό Γραφείο Υπευθυνότητας), στη General Services Administration (Διαχείριση Γενικών Υπηρεσιών), στη National Archives Records Administration (Διαχείριση Εθνικών Αρχείων), και στο Department of Veterans Affairs (Τμήμα Υποθέσεων Βετεράνων).
3. Προς καθορισμό καταλληλότητας σε παρόμοια προγράμματα διατήρησης υγείας και εισοδήματος στο Ομοσπονδιακό, Πολιτειακό και τοπικό επίπεδο, και
4. Προς διευκόλυνση στατιστικών ερευνών, ελέγχων, ή ερευνητικών δραστηριοτήτων προς εξασφάλιση της ακεραιότητας και βελτίωσης των προγραμμάτων μας (π.χ. στο U.S. Census Bureau [Γραφείο Απογραφής Πληθυσμού των ΗΠΑ] και σε ιδιωτικές εταιρίες που έχουν σύμβαση με εμάς).

Ενδεχομένως να χρησιμοποιήσουμε επίσης τις πληροφορίες που παρέχετε με προγράμματα διασταύρωσης υπολογιστή. Τα προγράμματα διασταύρωσης συγκρίνουν τα αρχεία μας με τα αρχεία που διατηρούνται από Ομοσπονδιακές, Πολιτειακές ή τοπικές αρχές. Χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες από αυτά τα προγράμματα για να αποδείξουμε ή για να επιβεβαιώσουμε την καταλληλότητα ενός ατόμου για επιδόματα που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση ή τίθενται υπό διαχείριση προγραμμάτων επιδομάτων και για την αποπληρωμή λανθασμένων πληρωμών ή παραβατικών χρεών που ανήκουν σε αυτά τα προγράμματα.

Μια πλήρης λίστα των τυπικών χρήσεων για τις πληροφορίες που μας παρέχετε είναι διαθέσιμη στα Συστήματα Νόμου περί Ιδιωτικού Απορρήτου ή στις Ειδοποιήσεις Αρχείων μας με τίτλο Σύστημα Αρχείου Αιτήσεων 60-0089, Κύριο Αρχείο Δικαιούχου 60-0090, αρχείο Συμπληρωματικού Εισοδήματος Ασφάλισης και Ειδικά επιδόματα Βετεράνων 60-0103, και Ηλεκτρονικό Αρχείο Επιδομάτων Αναπηρίας (eDIB), 60-0340. Οι ειδοποιήσεις, επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με αυτό το έντυπο και πληροφορίες σχετικά με τα συστήματά μας, διατίθενται ονλάιν στη διεύθυνση www.socialsecurity.gov ή σε κάθε γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης.

ΝΟΜΟΣ ΠΕΡΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑΣ

Η συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ασφάλειας του 44 U.S.C. § 3507 (Κώδικα των ΗΠΑ), όπως τροποποιήθηκε από το τμήμα 2 του [Paperwork Reduction Act of 1995](#) (Νόμου περί Μείωσης Γραφειοκρατίας του 1995). Δεν είστε υποχρεωμένοι να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις εκτός αν αναγράψουμε στην αίτησή σας ένα έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Προϋπολογισμού (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε 10 λεπτά για να διαβάσετε αυτές τις οδηγίες, να συγκεντρώσετε τα απαραίτητα στοιχεία και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. **ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΗ ΦΕΡΤΕ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟ ΤΟΠΙΚΟ ΣΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.** Μπορείτε να βρείτε το τοπικό σας γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης στον ιστότοπο Κοινωνικής Ασφάλισης www.socialsecurity.gov. Τα γραφεία αναφέρονται επίσης υπό τον τίτλο U.S. Government agencies στον τηλεφωνικό σας κατάλογο ή μπορείτε να καλέσετε την Κοινωνική Ασφάλιση στον αριθμό 1-800-772-1213 (ΤΤΥ 1-800-325-0778). Μπορείτε να στείλετε σχόλια για το χρόνο που εκτιμούμε παραπάνω στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Στείλτε μόνο σχόλια σχετικά με το χρόνο που εκτιμούμε για τη συμπλήρωση του εντύπου σε αυτή τη διεύθυνση. Μη στείλετε το συμπληρωμένο έντυπο.**