

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO SSA-827

QUESTE ISTRUZIONI IN ITALIANO FORNISCONO LA DICITURA DELLA VERSIONE INGLESE DEL MODULO SSA-827. LEI DOVRÀ FIRMARE, DATARE E RESTITUIRE LA VERSIONE INGLESE DEL MODULO SSA-827 ALL'UFFICIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE PIÙ VICINO PER LA TRATTAZIONE DELLA SUA DOMANDA DI INVALIDITÀ.

PERSONA le cui informazioni saranno divulgate-Scriva il Suo nome di battesimo, il secondo nome e il cognome, il Suo numero di Previdenza Sociale (Social Security Number) e la Sua data di nascita.

AUTORIZZAZIONE A DIVULGARE INFORMAZIONI ALL'AMM. DELLA PREVIDENZA SOCIALE (SSA)

****PRIMA DI FIRMARE LEGGA IL MODULO PER ESTESO****

Io sottoscritto/a autorizzo volontariamente e richiedo la divulgazione (scambi di informazioni per iscritto, a voce e per via elettronica compresi):

DI CHE COSA Tutti i miei dati medici: compresi i dati sul mio grado di istruzione ed altre informazioni pertinenti alla mia capacità di svolgere attività. Ciò comprende l'autorizzazione specifica al rilascio:

- Di tutta la documentazione e altre informazioni riguardanti il mio trattamento, ricoveri ospedalieri e cure ambulatoriali per la/e mia/e menomazione/i, compresi, ma senza alcuna restrizione:**
 - Menomazioni psicologiche, psichiatriche o mentali di altro tipo (escluse le "psychotherapy notes [note di psicoterapia]" come definite al 45 CFR 164.501 [Codice dei Regolamenti Federali])
 - Tossicodipendenza, alcolismo o consumo di altre sostanze stupefacenti
 - Anemia falcemica
 - Documentazione che potrebbe indicare l'eventuale presenza di una malattia trasmissibile o non trasmissibile, nonché test o cartelle mediche per l'HIV/AIDS
 - Menomazioni di origine genetica (compresi gli esiti di test genetici)
- Informazioni relative a come la/e mia/e menomazione/e influisce/influiscono sulla mia capacità di eseguire compiti ed attività nella vita di tutti i giorni e sulla mia capacità lavorativa.**
- Copie di valutazioni o test educativi, tra cui Programmi di istruzione individualizzati, valutazioni triennali, valutazioni psicologiche e del linguaggio e qualsiasi altro dato che sia utile per valutare la funzionalità; oltre ad osservazioni e valutazioni di insegnanti.**
- Informazioni generate entro i 12 mesi successivi alla data della firma di questa autorizzazione, come pure informazioni passate.**

DA CHI

- Tutte le fonti mediche (ospedali, cliniche, laboratori, medici, psicologi, ecc.), tra cui istituti per la salute mentale, istituti correzionali, di trattamento per tossicodipendenza ed istituti di assistenza sanitaria per i reduci di guerra (VA).
- Tutte le fonti di istruzione (scuole, insegnanti, amministratori della documentazione, consulenti, ecc.).
- Assistenti sociali/Consulenti per la riabilitazione
- Esaminatori consulenti impiegati dalla SSA
- Datori di lavoro, società di assicurazione, programmi di indennità per lavoratori
- Altre persone che possono essere a conoscenza della mia condizione (familiari, vicini, amici, funzionari pubblici)

A CHI

All'Amministrazione della Previdenza Sociale e all'Agenzia di Stato autorizzata a trattare il mio caso (chiamata generalmente "disability determination services"- servizi per la determinazione dell'invalidità), tra cui servizi di copiatura, medici e altri professionisti consultati nel corso della trattazione della pratica. [Per le domande internazionali, anche al U.S. Department of State Foreign Service Post (U.S. Dipartimento di Stato Posto del Servizio estero)].

SCOPO

Determinare la mia idoneità al percepimento delle prestazioni, considerando anche l'effetto combinato di qualsiasi menomazione che di per sé non soddisferebbe la definizione della SSA di invalidità, e determinare se sono in grado di gestire tali prestazioni.)

Contrassegni la casella a sinistra nel modulo SSA-827 in inglese se stiamo determinando SOLTANTO la Sua capacità di gestire le prestazioni.

QUANDO SCADE Questa autorizzazione è valida per 12 mesi dalla data della firma (sotto la mia firma).

- Autorizzo l'uso di una copia (anche elettronica) di questo modulo per la divulgazione delle informazioni sopra descritte.
- Convegno che vi possano essere alcune circostanze in cui queste informazioni possono essere ri-divulgate ad altre parti (v. pagina 2 per i dettagli).
- Posso scrivere alla SSA e alle mie fonti di informazioni per revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento (vedi pagina 2 SPIEGAZIONE DEL MODULO SSA-827). La SSA mi darà una copia di questo modulo se la richiederò; posso chiedere alla fonte delle informazioni di permettermi di esaminare o di ottenere una copia del materiale che dovrà essere divulgato
- Ho letto tutt'e due le pagine di questo modulo e acconsento alla divulgazione delle informazioni sopra descritte da parte dei tipi di fonte elencati.**

PREGASI FIRMARE USANDO UNA PENNA ESCLUSIVAMENTE CON INCHIOSTRO BLU O NERO.

PERSONA che autorizza la divulgazione

FIRMA La persona deve firmare e datare questa autorizzazione, e indicare il proprio indirizzo (via, numero civico, città, stato e CAP) e numero di telefono con il prefisso.

SE non firmato dalla persona interessata dalla divulgazione, specifichi le basi di autorità per firmare. Contrassegni la casella appropriata nel modulo SSA-827 in inglese per indicare se la persona che firma è il genitore di un minorenne, un tutore o un altro rappresentante personale (da specificare). Firmi il modulo SSA-827 in inglese nello spazio fornito se per la legge sono richieste due firme.

TESTIMONE: In questa sezione del modulo SSA-827 in inglese, una persona che conosce chi firma il modulo dovrà firmare come testimone e fornire il proprio numero di telefono o indirizzo. C'è spazio per un secondo testimone se necessario.

Questa autorizzazione generale e speciale per la divulgazione di informazioni è stata concepita per conformarsi alle disposizioni riguardanti la divulgazione di informazioni mediche, educative e di altro genere contenute nel P.L. 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR parts 160 e 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 e 300; e la legge dello Stato.

Spiegazione del modulo SSA-827

“Autorizzazione a divulgare informazioni all’Amministrazione della Previdenza Sociale (SSA)”

Abbiamo bisogno della Sua autorizzazione scritta per ottenere le informazioni necessarie alla trattazione della Sua domanda e per determinare la Sua capacità di gestire le prestazioni. Le leggi e i regolamenti prevedono che le fonti di informazioni personali dispongano di un’autorizzazione firmata prima di rilasciare a noi queste informazioni. Inoltre, le leggi richiedono un’autorizzazione specifica per il rilascio di informazioni riguardanti particolari condizioni e per il rilascio di informazioni da parte di fonti educative.

Lei può fornire questa autorizzazione firmando il modulo SSA-827. La legge federale permette alle fonti in possesso di informazioni sul Suo conto di rilasciare queste informazioni se Lei firma un’autorizzazione unica per il rilascio di tutte le Sue informazioni da parte di tutte le Sue possibili fonti. Noi faremo una copia dell’autorizzazione per ciascuna fonte di informazioni. Un’entità coperta (ovvero, una fonte di informazioni mediche sul Suo conto) non può porre quale condizione per il trattamento, pagamento, iscrizione o idoneità al percepimento delle prestazioni la sottoscrizione del presente modulo di autorizzazione. Alcuni Stati ed alcune particolari fonti di informazioni richiedono che l’autorizzazione contenga il nome specifico della fonte che Lei autorizza al rilascio delle Sue informazioni personali. In casi del genere, potremmo richiederLe di firmare un’autorizzazione per ciascuna fonte e potremmo metterci di nuovo in contatto con Lei se occorre che Lei firmi più autorizzazioni.

Lei ha il diritto di revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento, eccetto il caso in cui una fonte di informazioni si sia già avvalsa di questa autorizzazione per agire. Per revocare questa autorizzazione, invii una dichiarazione scritta ad un qualsiasi Ufficio della Previdenza Sociale. In questo caso, invii anche una copia della dichiarazione direttamente a ciascuna delle Sue fonti che Lei desidera non divulgino più informazioni sul Suo conto; la SSA può dirLe se abbiamo identificato delle fonti di informazioni che Lei non ci aveva comunicato. La SSA può utilizzare informazioni divulgate prima della revoca per assumere decisioni sulla Sua domanda.

È politica della SSA fornire i propri servizi a persone che non parlino bene l’inglese nella loro lingua madre o nel modo di comunicazione preferito, in osservanza dell’Executive Order (Ordine Esecutivo) 13166 (11 agosto 2000) e dell’Individual with Disabilities Education Act (Legge sull’istruzione per persone affette da invalidità). La SSA compie ogni ragionevole sforzo per far sì che le informazioni contenute nel modulo SSA-827 Le vengano fornite nella Sua lingua madre o nella lingua da Lei preferita.

Dichiarazione ai sensi della normativa sulla Privacy – Raccolta e uso di informazioni personali

Gli articoli 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(l) e 1631(e)(l)(A) del Social Security Act (Legge sulla Previdenza Sociale) con modificazioni, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) e 1383(e)(l)(A)] ci autorizza alla raccolta di tali informazioni. Noi usiamo le informazioni ottenute con questo modulo per determinare o confermare la Sua idoneità al percepimento delle prestazioni, e la Sua capacità di amministrare qualsiasi prestazione ottenuta. Lei fornisce le informazioni volontariamente. La mancata divulgazione delle informazioni richieste però, ci può impedire di prendere una accurata e tempestiva decisione sulla sua istanza, e potrebbe comportare il rigetto o la perdita delle prestazioni.

Raramente facciamo uso delle informazioni forniteci su questo modulo per scopi diversi da quelli sopra indicate. Potremmo però usarle a scopo di gestione e controllo dei programmi previdenziali. Potremmo anche divulgare le informazioni ad altre persone o ad altre agenzie ai sensi degli usi di routine approvati, compreso, tra l’altro, i seguenti:

1. Per consentire ad una terza parte o a un’agenzia governativa di assistere la SSA a stabilire i diritti alle prestazioni e/o copertura previdenziale;
2. Ai sensi della legge che autorizza il rilascio di informazioni provenienti dalla nostra documentazione (per es., al Government Accountability Office [Ufficio Responsabilità del Governo], General Services Administration [Amministrazione dei Servizi Generali], National Archives Records Administration [Amministrazione degli Archivi Nazionali] e al Department of Veteran Affairs [Dipartimento per i Reduci di Guerra]);
3. Per determinare chi ha diritto con riferimento a simili programmi di prestazioni sanitarie e economiche a livello Federale, Statale e Locale;
4. Per ricerche statistiche ed attività di controllo necessarie ad assicurare l’integrità ed il miglioramento dei programmi di Previdenza Sociale (per es., all’Ufficio del Censimento [U.S. Census Bureau] e ad imprese private sotto contratto con la SSA).

Possiamo anche utilizzare le informazioni che Lei ci ha fornito quando confrontiamo i dati tramite computer. Programmi di confronto paragonano i nostri dati con quelli di altre agenzie governative federali, statali o locali. Molte agenzie possono utilizzare programmi di confronto per stabilire o provare che una persona ha diritto alle prestazioni di programmi finanziari o gestiti a livello federale e per il rimborso di pagamenti mancati o scorretti ai sensi di tali programmi.

Un elenco completo degli usi ordinari per le informazioni dateci sono disponibili nei nostri Avvisi denominati Privacy Act Systems of Records Notices, dal titolo Claims Folder System, 60-0089; Master Beneficiary Record, 60-0090; Supplemental Security Income record and Special Veterans benefits, 60-0103; e Electronic Disability (eDIB) Claims File, 60-0340. Gli avvisi, ulteriori informazioni riguardo questo modulo e informazioni riguardanti i nostri sistemi e programmi, sono disponibili online al sito www.socialsecurity.gov o presso qualsiasi ufficio della Previdenza Sociale (Social Security).

PAPERWORK REDUCTION ACT (LEGGE SULLA RIDUZIONE DELLA QUANTITÀ DEI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI)

Questa raccolta di informazioni è conforme al 44 U.S.C. (Codice USA) § 3507, emendato dall’articolo 2 del Paperwork Reduction Act del 1995. Lei non è tenuto a rispondere a queste domande se non mostriamo un numero valido dell’Office of Management and Budget Control (Ufficio dell’Amministrazione e Controllo del bilancio). Riteniamo che Le occorreranno circa 10 minuti per leggere le istruzioni, raccogliere i fatti e rispondere alle domande. **INVII O CONSEGNI IL MODULO COMPILATO ALL’UFFICIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE DELLA SUA ZONA.** Si può anche trovare l’ufficio del Social Security più vicino tramite il sito web www.socialsecurity.gov. Gli uffici sono anche elencati sotto le U.S. Government agencies (Agenzie governative USA) nell’elenco telefonico, **oppure può chiamare la Social Security al numero 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** *Y* può inviare i Suoi commenti sulla stima del tempo necessario da noi fatta sopra a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Invii a questo indirizzo soltanto commenti relativi alla nostra stima del tempo necessario, non al modulo compilato.**