

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ SSA-827

ЭТИ ИНСТРУКЦИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕВОДОМ АНГЛИЙСКОЙ ВЕРСИИ ФОРМЫ SSA-827. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВАМ НЕОБХОДИМО ПОДПИСАТЬ, ПОСТАВИТЬ ДАТУ И ВЕРНУТЬ В МЕСТНЫЙ ОФИС АНГЛИЙСКУЮ ВЕРСИЮ ФОРМЫ SSA-827.

Чьи данные подлежат раскрытию. Укажите ваше полное имя, номер социального страхования и дату рождения.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В СЛУЖБУ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSA)

****ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ, ПРОЧТИТЕ ВСЮ ФОРМУ (ДВЕ СТРАНИЦЫ)****

Я добровольно разрешаю и прошу предоставить (в письменной, устной или электронной форме)

ЧТО Все мои медицинские записи, а также все документы об образовании и прочую информацию о моей способности выполнять задания. Это включает конкретное разрешение на раскрытие:

- 1. Всех данных и прочей информации, связанных с терапией, госпитализацией и амбулаторным лечением моих заболеваний, включая среди прочего:**
 - Психологические, психиатрические и иные умственные расстройства (исключая "psychotherapy notes [психотерапевтические записи]", как определено в 45 CFR164.501)
 - Наркомания, алкоголизм или иная химическая зависимость
 - Серповидноклеточная анемия
 - Данные, которые могут указывать на наличие заразных или незаразных заболеваний; и результаты анализов или данные о ВИЧ/СПИД
 - Генные нарушения (включая результаты генных анализов)
- 2. Информации о влиянии моих заболеваний на способность к самообслуживанию и способность работать.**
- 3. Копий заключений или результатов проверки знаний, включая Индивидуализированные образовательные программы, переоценку за трехлетний срок, оценки психического состояния и речи, все прочие данные, помогающие оценить функциональные возможности, а также наблюдения и заключения педагогов.**
- 4. Информации, появившейся в течение 12 месяцев с даты подписания данного документа, а также информации, накопленной ранее.**

ОТ КОГО

- Все медицинские источники (больницы, клиники, лаборатории, лечащие врачи, психологи и т.д.), включая психиатрические, исправительные учреждения, клиники для лечения алкоголизма и наркомании, а также медицинские учреждения VA
- Все источники в области образования (школы, преподаватели, администраторы, консультанты и т.д.)
- Социальные работники, консультанты по реабилитации
- Инспекторы-консультанты, используемые в SSA
- Работодатели, страховые компании, программы выплаты компенсаций
- Прочие лица, которые могут знать о моем состоянии (родственники, соседи, знакомые, официальные лица)

ДЛЯ КОГО

Службе социального обеспечения и организации штата, которой поручено рассмотрение моего заявления (как правило, называется "disability determination services [Служба определения нетрудоспособности]"), включая контрактные службы для снятия копий, а также врачам и другим специалистам, привлеченным в качестве консультантов. [Для зарубежных исков также U.S. Department of State Foreign Service Post.]

ЦЕЛЬ

Определение моего права на льготы, включая рассмотрение суммарного эффекта моих заболеваний, которые по отдельности не подпадают под определение инвалидности, принятое в SSA; а также моя способность пользоваться льготами.

Если проверяется ТОЛЬКО ваша способность пользоваться льготами, отметьте квадратик слева на английской форме SSA-827.

СРОК ДЕЙСТВИЯ Это разрешение действует в течение 12 месяцев после даты подписи (под моей подписью).

- Я разрешаю использовать копии этого документа (включая электронные) для передачи вышеуказанной информации.
- Я понимаю, что в определенных ситуациях информация может быть передана другим сторонам (подробности на стр. 2).
- Я могу в любой момент написать в SSA и в мои источники информации и отозвать это разрешение (см. стр. 2 «ПОЯСНЕНИЯ К ФОРМЕ SSA-827»). По моей просьбе SSA предоставит мне копию этой формы; я также могу обратиться к источнику информации с просьбой ознакомиться с предоставляемыми материалами или получить их копию.
- **После ознакомления с обеими страницами данного документа я даю свое согласие на передачу данных из указанных выше источников.**

ПОДПИСЫВАТЬ ТОЛЬКО СИНИМИ ИЛИ ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ.

ЛИЦО, ДАЮЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ

ПОДПИСЬ Человек обязан подписать и датировать это разрешение, а также указать свой номер телефона, включая код города, и полный адрес, включая почтовый индекс.

ЕСЛИ подпись ставится не лицом, в отношении которого раскрывается информация, укажите основания для этого.

Отметьте соответствующую графу в английской форме SA-827, чтобы указать, является ли подписывающее лицо родителем несовершеннолетнего, опекуном или другим личным представителем (объяснить). Если по закону штата требуются две подписи, то подпишите английскую форму SSA-827 в указанном месте.

СВИДЕТЕЛЬ. В этом разделе английской формы SSA-827 человек, который знаком с человеком, подписывающим эту форму, должен подписаться в качестве свидетеля и предоставить свой номер телефона или адрес. Есть место для второго свидетеля, если необходимо.

Данное общее и специальное разрешение на предоставление информации было составлено на основе положений, регулирующих порядок предоставления медицинской, образовательной и прочей информации согласно P.L. 104-191 («HIPAA»); 45 CFR, parts 160 и 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 и 300; и законодательства штата.

Пояснения к форме SSA-827

«Разрешение на предоставление информации в службу социального страхования (SSA)»

Для того чтобы получить информацию, необходимую для рассмотрения вашего заявления и для определения вашей способности пользоваться льготами, требуется ваше письменное разрешение. Законы и правовые нормы требуют от источников личной информации наличия подписанного разрешения для передачи информации нам. Кроме этого, законом требуется специальная форма разрешения для предоставления данных об определенных заболеваниях и данных из учебных заведений.

Вы можете предоставить это разрешение, подписав форму SSA-827. Федеральный закон разрешает источникам информации передавать вашу информацию на основе единого подписанного вами разрешения на предоставление всей касающейся вас информации из всех возможных источников. Для каждого источника будет сделана копия. Затронутая организация (т.е. источник медицинской информации о вас) не может ставить в зависимость от подписания вами этой формы разрешения лечение, оплату, регистрацию или права на получение льгот. В некоторых штатах и по правилам отдельных источников информации в разрешении должно конкретно указываться название источника, которому вы разрешаете раскрывать личную информацию. В таких случаях мы можем попросить вас подписать по одному экземпляру разрешения для каждого источника, и мы также можем связаться с вами повторно в том случае, если потребуется ваша подпись на дополнительных бланках разрешения.

Вы имеете право в любой момент отозвать данное вами разрешение за исключением тех случаев, когда источник уже воспользовался полученным разрешением и предоставил информацию. Для отзыва разрешения следует подать письменное заявление в любой офис SSA. Если вы не хотите, чтобы источник раскрывал вашу информацию, рекомендуется также отправить туда копию этого документа. SSA может уведомить вас о выявленных источниках информации, о которых вы нам не сообщили. При рассмотрении вашего заявления SSA может использовать информацию, полученную до отзыва вашего разрешения.

По правилам SSA обслуживание лиц с ограниченным знанием английского языка должно осуществляться на родном языке или в предпочитаемой форме общения в соответствии с Executive Order (подзаконный акт) 13166 (от 11 августа 2000 г.) и Individuals with Disabilities Education Act (Законом об образовании лиц с инвалидностью). SSA принимает все разумные меры для предоставления информации в форме SSA-827 на вашем родном или предпочитаемом вами языке.

Закон о неприкосновенности частной жизни: сбор и использование частной информации

Полномочия на сбор информации на форме SSA-827 предоставлены SSA разделами 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(l) и 1631 (e)(l)(A) Закона о Social Security Act (Социальном обеспечении) с поправками [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) и 1383(e)(l)(A)]. Мы будем использовать предоставленную вами информацию для определения ваших прав на получение или продолжения льгот, а также вашей способности использовать любые получаемые льготы. Информация предоставляется вами добровольно. Однако, непредоставление требуемой информации может помешать нам принять правильное и своевременное решение по заявлению и может привести к отказу или потере льгот.

Мы редко используем предоставленную вами на этой форме информацию для целей, которые не были указаны выше. Однако, мы можем ее использовать для руководства и соблюдения принципов программ социального страхования. Мы также можем передать информацию другому лицу или другому ведомству в соответствии с утвержденным обычным использованием в том числе для следующего:

1. Предоставлять третьей стороне или организации возможность помочь нам при определении прав на льготы (или покрытие) социального страхования;
2. Выполнять требования федерального законодательства по предоставлению информации из наших учетных документов (напр., в Government Accountability Office [Главное контрольное управление], General Services Administration [Управление общих служб], National Archives Records Administration [Управление национальных архивов и учётных документов] и Department of Veterans Affairs [Управление по делам ветеранов]);
3. Определять право на аналогичные программы обеспечения дохода и медицинской помощи федерального, штатного и местного уровня;
4. Способствовать статистическим исследованиям, аудиту и следственным мероприятиям, необходимым для соблюдения принципов и улучшения наших программ (т.е. в U.S. Census Bureau [Бюро переписи США] и контрактные частные компании).

Предоставляемая вами информация может также использоваться для сопоставления данных при помощи компьютера. Программы сопоставления сравнивают имеющиеся у нас данные с данными, имеющимися в ведомствах федерального, штатного и местного уровня. Данные таких программ используются для определения или подтверждения права заявителей на получение льгот, которые финансируются или администрируются из федерального бюджета, и для возврата неправильно начисленных платежей или неуплаченных долгов по этим программам.

Полный перечень обычного использования предоставляемой вами информации приводится в наших Privacy Act Systems of Records Notices (Уведомлениях о документации закона о неприкосновенности личной жизни) под названиями Claims Folder System, 60-0089; Master Beneficiary Record, 60-0090; Supplemental Security Income record and Special Veterans benefits, 60-0103; и Electronic Disability (eDIB) Claims File, 60-0340. Уведомления, дополнительная информация об этой форме и информация в отношении наших систем и программ предоставляется на интернет-сайте www.socialsecurity.gov и во всех офисах Социального страхования.

ЗАКОН О СОКРАЩЕНИИ ДОКУМЕНТООБОРОТА

Сбор информации осуществляется в соответствии с 44 U.S.C. § 3507, с поправками в Разделе 2 Paperwork Reduction Act of 1995 (Закона о сокращении объема документооборота 1995 г.). Вы не обязаны отвечать на поставленные вопросы при отсутствии действительного контрольного номера Административно-бюджетного управления. На ознакомление с инструкциями, сбор фактической информации и ответы на вопросы у вас должно уйти примерно 10 минут. **ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК СЛЕДУЕТ ПРИСЛАТЬ ПО ПОЧТЕ ИЛИ ПРИНЕСТИ В МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.** Адрес ближайшего офиса Социального обеспечения можно найти на интернет-сайте SSA www.socialsecurity.gov. Офисы указаны в телефонном справочнике в разделе "U.S. Government agencies"; **вы также можете позвонить в Службу социального страхования по телефону 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Комментарии по поводу оценки времени можно выслать на адрес: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Просим присылать только комментарии в отношении затраченного времени, а не заполненную форму.**