



AUTORIZACIÓN GENERAL PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE TENNESSEE

Se divulgará información de: NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ►		Fecha:		Identificación de la persona que firma: <input type="checkbox"/> Misma <input type="checkbox"/> Padre o madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro representante autorizado (explicar) *Puede exigirse comprobante de autorización legal.	
Domicilio		(Firma aquí de padre, madre o tutor si las leyes estatales exigen dos firmas)			
Número de teléfono (con código de área) ()	Ciudad	Estado	Código postal		

Concedo permiso para que se divulgue cualquiera de los siguientes expedientes que contenga información sobre mí, al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) y a sus representantes o contratistas autorizados, a fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia en efectivo o servicios; a menos que abajo se indique lo contrario.

- Expediente laboral, anterior o actual
- Expedientes financieros de bancos, cooperativas de crédito o algún otro servicio financiero, o institución de información financiera o de crédito
- Expedientes de Seguro Social, compañías de seguros, fondos o departamentos de jubilación o pensiones
- Expedientes de algún tipo de institución de servicios sociales, vivienda o asistencia pública
- Cualquier expediente de un tribunal o institución del orden público
- Cualquier otro expediente de instituciones, personas u organizaciones (excepto de personas u organizaciones que tienen información médica o de salud, o instituciones educativas**) que tengan información sobre mí, incluidos mi cónyuge, hijos, algún miembro de la familia o vecino

***Si usted no desea que se divulgue algún expediente al TDHS, o que algunas personas u organizaciones no divulguen información, enumere los expedientes que no desea que se divulguen, o las personas u organizaciones a quienes no desea que se divulguen expedientes:** _____

****NOTA: SI SE SOLICITA INFORMACIÓN MÉDICA O DE SALUD, EL SOLICITANTE O DESTINATARIO DEBE LLENAR UN FORMULARIO HIPAA DE DIVULGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS. SI SE DIVULGAN EXPEDIENTES ESCOLARES, LA PERSONA O INSTITUCIÓN QUE SOLICITE LOS EXPEDIENTES DEBE COMUNICARSE DIRECTAMENTE CON LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.**

Concedo permiso al TDHS para que use copias electrónicas, en papel o fax de este formulario para obtener mi información. El TDHS puede obtener copias de mis expedientes o hablar con cualquier persona u organización a la cual yo haya concedido permiso, y obtener información en copias electrónicas, en papel, computadora o fax de los expedientes que cuenten con mi permiso de divulgación. **USTED NO ESTÁ OBLIGADO A FIRMAR ESTE FORMULARIO.** Si usted no firma este formulario, o si revoca su permiso, tal vez el TDHS no pueda tomar una decisión sobre su caso a tiempo o tenga que rechazarlo.

- Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo. Después de firmar este formulario, puedo pedir al TDHS que me permita ver una copia de la información que obtenga.
- **Este permiso tiene validez por 12 meses a partir de la fecha en que yo lo firme; a menos que revoque mi permiso antes de esa fecha.**
- **Usted tiene el derecho de revocar su permiso en cualquier momento. Usted no podrá recuperar la información que se haya recibido de otras personas u organizaciones antes de revocar su permiso; la revocación del permiso no afectará ninguna acción realizada en su caso antes de dicha revocación.**
- **A fin de revocar su permiso para que podamos obtener sus expedientes de otras personas u organizaciones, puede escribir al TDHS de su condado, o escribir a las personas u organizaciones a las cuales usted nos dio permiso para divulgar información suya.**
- Toda la información sobre usted que el TDHS obtenga está protegida por la Ley de la Privacidad (*Privacy Act*) de 1974, y por las leyes o reglamentos federales o estatales. No se divulgará a otras personas u organizaciones, a menos que las leyes o los reglamentos nos permitan o exijan que divulguemos dicha información, o que usted nos dé permiso para divulgarla. Si se nos exige o permite divulgar información sobre historias clínicas o expedientes de salud de usted, dicha información puede no estar protegida si la ley no exige la protección de la información a la persona u organización que la reciba.
- **Asimismo, podemos usar su información cuando comparemos expedientes por computadora.** La computadora compara nuestra información con la de otras instituciones del gobierno federal, estatal o local. Muchas instituciones usan la comparación de información para investigar si una persona recibe beneficios pagados por el gobierno federal o estatal. La comparación también comprueba que una persona tenga derecho a recibir ayuda. La ley nos permite hacerlo aunque usted no esté de acuerdo.
- **Pida al TDHS que le explique si usted tiene preguntas sobre cómo y por qué se usa su información.**

Firma de la persona o el representante autorizado de la persona: _____ **Fecha:** _____