

Local 68 and Employers Health & Welfare Fund

911 Ridgebrook Road
Sparks, Maryland 21152-9451
Telephone: (410) 683-6500
(800) 638-2972
www.associated-admin.com

8400 Corporate Drive, Suite 430
Landover, Maryland 20785-2361
Telephone: (301) 459-3020
(800) 638-2972
www.associated-admin.com

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PRIVADA DE SALUD

Yo, _____, autorizo al Fondo de Salud y Bienestar a que divulguen mi información de salud como indicada en esta autorización (por favor escriba el nombre del Fondo de Salud y Bienestar, deje en blanco y escriba su numero de Seguro Social en la siguiente pagina--La oficina del Fondo llenara el nombre del Fondo en este espacio).

(1) *Identificar a una persona u organización específica (por ejemplo: Jane Doe, o UFCW Local 400) o clasificación de personas (por ejemplo: "todos los doctores"), a quien el Fondo esta autorizado a divulgar esta información.*

(2) *Describir la información a ser divulgada por el Fondo:*

(3) *Propósito de la Autorización:* Estoy pidiendo que mi información sea divulgada por el siguiente propósito (o, si usted no desea nombrar un propósito, por favor diga "a pedido del individuo"):

(4) *Vigencia de Autorización.* Esta autorización va a expirar: **[Escoja y complete una de estas opciones]:**

La fecha cuando mi Cobertura termine con el Fondo .

Otra fecha especifica:_____

Quando esto ocurra:_____. *Entiendo que la fecha de vencimiento o acontecimiento debe estar relacionado a mí o relacionado al propósito del uso o divulgación (por ejemplo: "cuando mi reclamo esta resuelto").*

(5) *Derecho a revocar:* Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando notifique al Fondo por escrito a: Oficina del Fondo, 911 Ridgebrook Road, Sparks, MD 21152. Entiendo que el revoco esta en efecto después de ser recibido por el Fondo. Entiendo que cualquier uso o divulgación echo antes de que esta autorización este revocada no será afectada por la revocación.

(6) *Poder para nueva divulgación:* Entiendo que después de divulgar la información indicada en (2) arriba esta sea relacionada a esta autorización, Tal vez la ley federal no lo proteja, y el recipiente tenga que volver a divulgar esto.

(7) *Derecho por Copias:* Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de la autorización.

(8) *Voluntario:* Entiendo que no tengo obligación a firmar este formulario. Reconozco que estoy firmando por mi propia voluntad este formulario que divulga mi información de salud a la persona que he designado.

(9) *Beneficios no mencionados en este Formulario:* Entiendo que el Fondo no condicione tratamientos, pagos, matriculas y elegibilidad por beneficios al recibir el formulario de autorización.

He tenido la oportunidad de revisar y entender los contenidos de este formulario. Al firmar este formulario estoy confirmando que estos reflejan mis deseos.

Fecha

Firma de la Persona

Seguro Social de la Persona

Dirección de la Persona

Sección para el Departamento de Personal

Si un representante de Personal hace este formulario por una persona, El representante de personal justifica que el o ella tiene la autoridad de firmar este formulario basado en:

Poder legal por propósitos de salud, notariado por un notario publico (copia adjunta)

Orden de la Corte asignando a una persona como guardián de la persona.(copia adjunta)

Un padre de un menor de edad

Otro:_____

AVISO: Esta autorización no estará en efecto a menos que usted de toda la información requerida.