

ESTA CARA ES PARA LA PERSONA QUE SOLICITA FANF (la otra es para el prestador de servicios médicos).

## Determinación de Incapacidad para la Solicitud de Asistencia Financiera de FANF

<b>Nombre</b>		<b>Dirección</b>		
<b>N.º de caso, N.º de Identificación del Beneficiario (RID) o N.º de Identificación de Medicaid, si lo sabe</b> / / / /		<b>Ciudad/pueblo</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Fecha de la solicitud de FANF</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Teléfono</b>		

### Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

**Objetivo de la divulgación:** Este formulario de autorización es para permitir (autorizar) que su prestador de servicios médicos brinde (revele o divulgue) parte de su información protegida de salud al DHHS para participar en el programa de Asistencia Financiera para Familias Necesitadas (FANF, por sus siglas en inglés). El DHHS utiliza esta información para saber si usted tiene un problema de salud (incapacidad) que le dificulta cuidar a su/s hijo/s.

Si firma este formulario, autoriza a su prestador de servicios médicos a darle al DHHS (o a una empresa que trabaja para este) la información que se le solicita en la otra cara de este formulario. No tiene la obligación de firmar este formulario. Sin embargo, si no lo hace, su prestador de servicios médicos no podrá compartir su información de salud, y es posible que no pueda recibir ayuda de FANF.

#### Marque todas las que apliquen para usted:

- Autorizo al prestador de servicios médicos que indico aquí a compartir información protegida de salud sobre cómo mi problema de salud me dificulta el cuidado de mi/s hijo/s. (Ver la otra cara para conocer los tipos de prestadores que pueden completar estos formularios).

Nombre del prestador de servicios médicos: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

- Autorizo a mi prestador de servicios médicos a compartir la información incluida en el reverso de este formulario sobre mi problema de salud (incapacidad): mi diagnóstico, si me dificulta cuidar de mi/s hijo/s, cuándo comenzó, cuánto podría durar y el tratamiento médico que estoy recibiendo o que me prescribieron.

- Algunos tipos de información de salud son extraprotegidos. Si desea compartir este tipo de información, marque esta casilla y escriba sus iniciales en la línea o las líneas que desea compartir.

\_\_\_\_\_ Deseo compartir información sobre mi tratamiento de salud mental.

\_\_\_\_\_ Deseo compartir información sobre mi tratamiento de trastorno de uso de sustancias.

(La ley federal/el Código de Regulaciones Federales, Título 42, Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros).

\_\_\_\_\_ Deseo compartir información sobre mi tratamiento de VIH o SIDA.

- Autorizo el envío de la información protegida de salud incluida en la otra cara de este formulario al siguiente destinatario: Family Services Specialist dentro de DHHS, a través de la Centralized Scanning Unit de DHHS, PO Box 181, Concord, NH 03301.

Las leyes federales sobre privacidad establecen que un formulario como este debe informar que si lo firma y se comparte (divulga) su información de salud, debe saber que es posible que la información vuelva a compartirse (redivulgarse). Sin embargo, el DHHS no compartirá su información de salud.

**¿Qué sucede si cambia de opinión?** Después de firmar este formulario, puede anular su permiso escribiendo una nota al DHHS. Sin embargo, es posible que el DHHS reciba la nota después de que su prestador de servicios médicos comparta la información.

**¿Cuándo finaliza mi autorización?** Finalizará un año después de la fecha en que firme este formulario (o antes, si lo solicita).

Firme con su nombre y la fecha de hoy para autorizar a su prestador de servicios médicos a compartir la información de salud que se solicita en la otra cara de este formulario.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante de FANF o representante legal debidamente autorizado** **Fecha**

ESTA CARA ES PARA EL PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS (la otra es para la persona que solicita FANF).

Estimado/a Prestador/a de Servicios Médicos: recibió este formulario porque es el/la prestador/a de servicios médicos de la siguiente persona:

**Escriba con letra de imprenta el nombre del paciente aquí:** \_\_\_\_\_

Esta persona presentó una solicitud para recibir ayuda del programa de Asistencia Financiera para Familias Necesitadas (FANF). Los requisitos para calificar son los siguientes:

- la persona debe estar física o mentalmente incapacitada hasta el punto de que su capacidad para asistir económicamente o cuidar a sus hijos se reduce considerablemente; **y**
  - se espera que la incapacidad dure 30 días consecutivos desde la fecha de solicitud de FANF que se identifica en la otra cara de esta hoja; **o**
  - la incapacidad duró 30 días consecutivos en el período de 90 días anterior a la fecha de solicitud de FANF que se identifica en el reverso de esta hoja.

La firma de la persona en la otra cara de este formulario implica la autorización para divulgar la información protegida de salud que se solicita a continuación.

Solo los siguientes prestadores de servicios médicos con licencia actualmente pueden completar y firmar este formulario.

**Marque la casilla correspondiente para indicar su profesión:**

- Médico/a                       Asistente Médico/a                       Enfermero/a Registrado/a de Práctica Avanzada (APRN)
- Psicólogo/a (certificado/a)                       Asesor/a Clínico/a de Salud Mental                       Psicoterapeuta Pastoral
- Trabajador/a Social Clínico/a Independiente                       Asesor/a de Alcohol y Drogas (Asesores Certificados Máster [MLADC] únicamente)                       Terapeuta de Matrimonio y Familia

**Complete las siguientes afirmaciones:**

Certifico que la persona identificada está incapacitada hasta el punto de que su capacidad para asistir económicamente o cuidar a su/s hijo/s se reduce considerablemente:

- Sí                       No

La incapacidad comenzó \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **y**

Se espera que la incapacidad dure hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **o** finalizó el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El diagnóstico de esta incapacidad es \_\_\_\_\_

Mi diagnóstico se basa en lo siguiente:

- Examen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Registros médicos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Tratamiento médico que prescribo actualmente para esta persona: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico que recomiendo para esta persona: \_\_\_\_\_

**Cuidado de niños:** El DHHS puede ayudar a una familia biparental a obtener cuidado de niños para sus hijos si se cumplen determinados criterios.

Marque la siguiente casilla si aplica para esta persona:

- La persona no puede cuidar o supervisar a su/s hijo/s debido a la discapacidad mencionada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del prestador de servicios médicos autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del prestador de servicios médicos autorizado

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/pueblo

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

**El prestador de servicios médicos debe enviar el formulario a la siguiente dirección:** Centralized Scanning Unit, PO Box 181, Concord, NH 03301.

El pago de cualquier cargo independiente que se incurra por completar este formulario es responsabilidad del paciente.