

## DETERMINACIÓN DE SITUACIÓN DE INCAPACIDAD

Nombre: \_\_\_\_\_

**Devuelva el formulario completo a:**  
**Centralized Scanning Unit (CSU)**  
**P.O. Box 181**  
**Concord, NH 03301**

Case Number: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación.** Entiendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad se puede volver a divulgar y ya no estará protegida por las normas de confidencialidad federales.

Esta autorización vence a los 12 meses de la fecha de la firma de este formulario

**Personas/organizaciones autorizadas a usar y/o divulgar la información:** Profesional sanitario.

**Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información:** El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (New Hampshire Department of Health & Human Services, DHHS), incluido el personal contratado.

**Descripción específica de información que se puede usar/divulgar:** Información relativa a capacidades, entornos, actividades y/o limitaciones relacionadas con su capacidad de mantener o cuidar a sus hijos por un período de 30 días sucesivos por lo menos.

**La información se usará/divulgará para los siguientes fines:** La información se usará para determinar la elegibilidad para la ayuda económica o médica del programa de Ayuda económica para familias necesitadas (Financial Assistance to Needy Families, FANF).

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además entiendo que mi negativa a firmar esta autorización puede dar como resultado que se niegue que el FANF me preste ayuda. *Entiendo que debo tener un médico, un asociado médico (physician's assistant, PA), un enfermero especialista (advanced practice registered nurse, APRN), o un psicólogo que certifique la información del otro lado de este formulario y solo un médico, PA, APRN o psicólogo puede firmar el otro lado.* Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al DHHS. No obstante, la revocación no será válida si:

1. El DHHS ya tomó medidas en función de esta autorización; o
2. Esta autorización se obtiene como una condición para conseguir cobertura de seguro; otra jurisprudencia da al asegurador el derecho de impugnar una reclamación en virtud de la normativa o la normativa misma.

**Por favor firme, feche y escriba su nombre más abajo.**

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta

