

INTERCAMBIO DE BENEFICIOS DE SALUD DE MARYLAND FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, ESCRIBA LA FECHA Y FIRME.

I. Yo, _____, por la presente autorizo voluntariamente la divulgación de mi información personal identificable provista al Intercambio de Beneficios de Salud de Maryland (MHBE) en relación con mi solicitud de seguro de salud, créditos fiscales de pago adelantado, reducciones de costos compartidos u otros beneficios.

Nombre en imprenta de la persona

II. La información debe ser revelada por	Y debe entregarse a
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN/INSTALACIÓN
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
CIUDAD/ESTADO	CIUDAD/ESTADO

III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

- Uso personal
 Abogados
 Discapacidad
 Otro (*especifique*).
 Seguro
 Escuela

 Otro (*especifique*).

IV. La información que se divulgará de mis solicitudes de inscripción: (Marque las casillas apropiadas).

- Solo información relacionada con (*especifique*) _____
 Solo el período de eventos desde _____ hasta _____
 Otro (*especifique*). _____
 Registro completo
 Correspondencia escrita generada por MHBE relacionada con mi solicitud

Si desea que no se divulgue cierta siguiente información confidencial, indique qué información:

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando la revocación por escrito al conservador de registros de MHBE, excepto que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otra ley puede otorgar a la aseguradora el derecho de objetar un reclamo conforme a la póliza. Si esta autorización no se ha revocado, terminará un año después de la fecha de mi firma, a menos que se declare una fecha de vencimiento diferente o un *evento de vencimiento*.

(Especifique la fecha nueva).

Entiendo que MHBE no condicionará la elegibilidad para reducciones de ahorro de costos, créditos fiscales para primas adelantadas (APTC) u otros beneficios si proporciono esta autorización. Esta autorización se extiende solo a los registros generados por MHBE y no incluye los registros creados por terceros. Es mi responsabilidad solicitar los registros directamente a la parte generadora.

Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no seguir protegida por la ley de Maryland y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

FIRMA DE LA PERSONA O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO (<i>Indique la relación con la persona</i>).	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO (<i>Si la firma del individuo es la impresión del pulgar o una marca</i>).	FECHA

Esta información se divulgará para los fines indicados anteriormente y no puede ser utilizada **ni divulgada otra vez** por el destinatario con cualquier otro propósito. Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente solicite u obtenga un registro sobre una persona de una agencia del estado con falsas pretensiones será culpable de un delito menor. **La siguiente información debe completarse en su totalidad para que MHBE divulgue la información solicitada.**

NOMBRE (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*)

Últimos 5 dígitos del número de seguro social del titular de la cuenta **O** número de identificación personal (PIN) de MHBE

DIRECCIÓN

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)

CALLE

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL