

Sección 7 Firma/Tutor legal

Sírvase completar la siguiente sección si este formulario lo llena una persona con la autoridad jurídica para actuar en nombre del solicitante/afiliado (por ejemplo, el padre o la madre de un menor de edad, un representante para la determinación del cumplimiento de requisitos o un tutor legal).

Nombre de la persona que llena el formulario

Firma de la persona que llena el formulario

Fecha

Dirección

Número de teléfono

Autoridad de la persona que llena el formulario para actuar a nombre del solicitante/afiliado:*

** Si este formulario lo llena una persona designada judicialmente para actuar como tutor o apoderado legal, o una persona con poder notarial firmado, o representante para efectos de atención médica, se deberá adjuntar una copia del documento correspondiente.*

¿Cómo puedo presentar este formulario?

► Envíe su formulario por correo a:

Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780

► Envíe su formulario por fax al:

(857) 323-8300

► Si solamente está **autorizando que se comparta información específica (como su información sobre reclamos o archivo de solicitud)**, y ha marcado la segunda, tercera o cuarta casilla en la Sección 2, envíe el PSI a

MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, Room 1109
Boston, MA 02108

MASSHEALTH

Formulario de autorización para compartir información (PSI)

- **Use este formulario** si desea que MassHealth comparta información sobre usted con otras personas o entidades, por ejemplo
- un familiar, amigo u otro pariente;
 - alguien que cuide de usted;
 - alguien que lo ayude a completar los formularios de MassHealth; o
 - un trabajador social, abogado o un grupo asesor de asistencia médica.
- **No use este** formulario si desea
- información sobre usted;
 - información sobre sus hijos menores de 18 años (Usualmente puede obtenerla sin completar formularios.);
 - que se comparta con su proveedor de atención médica la información sobre sus beneficios y pagos por los servicios que usted recibe (El proveedor de atención médica puede obtener esta información de MassHealth sin que usted complete ningún formulario.); o
 - crear un estado de representante de apelaciones relacionado con una Audiencia imparcial. (Usted debería completar las secciones adecuadas del *Formulario de solicitud de audiencia justa*, FHR-1, O completar un *Formulario de designación del representante autorizado*, ARD. Las versiones actualizadas de ambos formularios están disponibles en www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms).
- **Importante:** Si considera necesario llenar este formulario, sírvase llenar todas las secciones completamente en letra de molde legible.



Commonwealth of Massachusetts
EOHHS
www.mass.gov/masshealth

SECCIÓN 1 Nombre del solicitante o afiliado a MassHealth

Se autoriza a MassHealth y a sus representantes a compartir la información que se detalla en la **Sección 2** acerca de

(nombre del solicitante o afiliado cuya información deba compartirse)

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Número de ID de MassHealth

Tome nota: Si no tiene un número de ID de MassHealth, por favor use el número de Seguro Social del solicitante o afiliado si tal número se ha expedido, a menos que la persona sólo esté solicitando los beneficios de MassHealth Limited, el Plan de Seguridad Médica para Niños (CMSP), o Healthy Start.

SECCIÓN 2 ¿Qué información desea compartir?

Marque la casilla o casillas que correspondan.

- doy permiso a MassHealth a compartir notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos e información sobre requisitos para recibir y tener acceso a los beneficios de MassHealth con la persona o entidad detallada en la **Sección 3**. Sepa que tales avisos pueden contener información financiera. Marque esta opción sólo si desea que la persona o entidad indicada en la **Sección 3** pueda comunicarse con MassHealth para obtener información sobre el cumplimiento de requisitos y copias de sus notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos.

Tome nota: Las notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos incluyen información sobre todos los miembros del mismo hogar. Si marca esta opción, cada miembro afiliado de su hogar de 18 años o más deberá firmar y entregar

un formulario PSI por separado. Si no recibimos los formularios firmados para cada miembro de su familia que tenga 18 años o más, no podremos darle curso a su solicitud.

- resumen de mis reclamos de MassHealth de _____ a _____
(mes/año) (mes/año)

El archivo de MassHealth que contiene mis solicitudes e información relacionada

otro (por favor sea específico):

Al autorizar a MassHealth que comparta la información indicada arriba, ¿autoriza también que se comparta cualquier dato sobre tratamiento por drogas o alcohol que exista en dicha información?

- Sí autorizo que se comparta información sobre tratamiento por drogas o alcohol.
- No, no autorizo que se comparta información sobre tratamiento por drogas o alcohol.

SECCIÓN 3 ¿Con quién desea usted que compartamos la información?

Indique aquí el nombre de SÓLO UNA persona o entidad. Deberá llenar otro formulario PSI si desea nombrar más de una persona o entidad.

MassHealth puede compartir la información indicada en la **Sección 2** con

Nombre de la persona o entidad

A cargo de (nombre de la persona de contacto dentro de la entidad a quien se le debe enviar la información)

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Número de teléfono

SECCIÓN 4 ¿Por qué desea que compartamos su información?

Díganos por qué quiere compartir la información indicada en la **Sección 2**. Si deja esta sección en blanco, supondremos que significa "a mi solicitud."

SECCIÓN 5 Fecha de vencimiento del permiso

PSI será válida por 18 meses a menos que usted especifique una fecha aquí . _____

SECCIÓN 6 Firma

Entiendo lo siguiente.

- Una vez que la persona o entidad indicada en la **Sección 3** reciba la información de MassHealth, esta persona o entidad puede a su vez compartir la información con otros sin mi permiso. Si lo hace, puede que las leyes federales y estatales de confidencialidad no protejan esta información.
- Necesito enviar este PSI a la dirección adecuada en el reverso de la página de este folleto.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, enviando una carta a MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, Room 1109
Boston, MA 02108
- Si cancelo mi autorización, MassHealth no puede retractar la información que divulgó cuando tenía mi autorización.
- Si no autorizo a MassHealth para que comparta la información o si anulo mi autorización para compartir la información con la persona o entidad indicada en la **Sección 3**, los beneficios de MassHealth del solicitante o afiliado no se verán afectados de ningún modo.
- En ciertas circunstancias, es posible que MassHealth no pueda cumplir con mi solicitud de compartir la información.

Nombre del solicitante/afiliado

Firma del solicitante/afiliado

Fecha