AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO WIC

Eu autorizo o Programa WIC (nome em letra de forma)

**a divulgar as seguintes informações: *Selecione sim ou não*** *para indicar se o WIC pode divulgar as informações abaixo:*

 Sim  Não Plano de assistência nutricional

 Sim  Não Prescrição de alimentos/fórmulas

 Sim  Não Informações sobre plano de saúde

 Sim  Não Altura/envergadura/peso

 Sim  Não Hemoglobina/Hematócrito/Chumbo

 Sim  Não Imunizações

 Sim  Não Coordenação de consultas

 Sim  Não Outro (DEVE ser específico): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dos registros do WIC de:**

Nome do participante: Data de nascimento / /

**para:**

Nome do(s) indivíduo(s) e/ou organização(ões):

* Marque se o WIC pode divulgar as informações acima ao provedor do MassHealth/Equipamentos Médicos Duráveis (DME).*

**pelo(s) seguinte(s) motivo(s):**

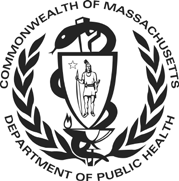
*Indique o(s) motivo(s) para compartilhar essas informações. Caso não deseje listar os motivos, apenas escreva “A meu pedido”:*

* Compreendo que a(s) pessoa(s) ou organização listada(s) aqui podem não estar cobertas por leis de privacidade federais ou estaduais e podem compartilhar as informações que o WIC lhes fornecer.
* Solicito que o Programa WIC forneça as informações especificadas acima, embora eu saiba que a lei federal me concede o direito de obter benefícios do WIC e manter a privacidade dos registros de participante do WIC. Posso me recusar a assinar esta autorização. Caso me recuse a assinar, a elegibilidade ao WIC e os benefícios do meu filho não serão afetados.
* Compreendo que posso mudar de ideia e cancelar esta autorização a qualquer momento. Para cancelar, preciso escrever uma carta ao WIC e enviar ou levar ao programa WIC, onde estou concedendo essa permissão agora. Uma vez que as informações já tenham sido fornecidas pelo WIC, compreendo que será tarde demais para cancelar a autorização.

**Assinatura do participante/pai/mãe/responsável**:

**Parentesco com o participante: Data: / /**

**Esta autorização é válida por um ano apartir do dia que em que foi assinado.**

Esta instituição é uma provedora de serviços de igualdade de oportunidades.

Authorization For Release of Information -WIC Form #267

Rev. 9/2023 - Portuguese