



# 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 a partir do dia que em que foi assinado.**

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

