

FORMULARIO PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre del Cliente _____

INSTRUCCIONES AL PROVEEDOR

Se le pide al cliente que lea y firme la sección de este formulario relacionada con sus derechos. Se requiere que el proveedor informe a cada cliente de las secciones I a la IV de este formulario y el propósito de cada una de ellas, pidiendo que el cliente escriba sus iniciales en cada sección que le corresponda

Iniciales del
Cliente

I. DIVULGACION DEL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

El departamento de Niños y Familias de la Florida (Florida Department of Children & Families) pide que usted proporcione su(s) número (s) de seguro social, pero bajo la ley no está obligado a hacerlo. Sin embargo, si usted nos proporciona su número de seguro social nosotros podemos determinar, con más precisión y rapidez, si es elegible para recibir asistencia o servicios. El departamento utiliza los números de seguro social para verificar la identidad, el ingreso monetario, la elegibilidad y para otros propósitos relacionados con la administración de nuestros programas.

II. VERIFICACION SISTEMATICA DE LOS DERECHOS DE LOS EXTRANJEROS (SYSTEMATIC ALIEN VERIFICATION FOR ENTITLEMENTS, SAVE POR SUS SIGLAS EN INGLES)

Por la presente, autorizo al Departamento de Seguridad Interna (Department of Homeland Security) que divulgue los datos pertinentes a mi estado migratorio al Departamento de Niños y Familias de la Florida y a las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade.

III. INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD Y SU DIVULGACION (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Por la presente autorizo la divulgación de mi información protegida de salud (Protected Health Information, PHI, por sus siglas en inglés) al Servicio para Refugiados (Refugee Services) con el propósito de determinar mi elegibilidad para recibir servicios o una exención especial de los requisitos del programa.

IV. DIVULGACION DE LA INFORMACION FINANCIERA

Por la presente autorizo la divulgación de mi información financiera al Servicio para Refugiados (Refugee Services) con el propósito de determinar mi elegibilidad para recibir servicios o estadísticas sobre la economía.

V. DIVULGACION DE LA INFORMACION PERSONAL

Por la presente autorizo la divulgación de mi información personal al vendedor aprobado por el Departamento de Niños y Familias de la Florida solamente con el propósito de realizar una encuesta para evaluar mi experiencia como refugiado y evaluar las necesidades de los refugiados en general. No autorizo el uso de mi información personal para cualquier otro fin.

DERECHOS DEL CLIENTE

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando notifique por escrito al Departamento de Niños y Familias de la Florida y la Junta Escolar del Condado Miami-Dade.
- Entiendo que firmar esta autorización es algo voluntario y que el tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad de beneficios no depende de esta declaración.
- Entiendo que la información que se divulgue por medio de esta autorización puede a su vez ser divulgada por el que la recibe y que esa re-divulgación puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- El Departamento de Niños y Familias de la Florida y las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade me darán una copia de este formulario si lo pidiere.
- Entiendo que esta autorización expirará cuando el contrato entre el Departamento de Niños y Familias de la Florida y la Junta Escolar del Condado Miami-Dade termine, a menos que especifique una fecha diferente.
- Mi firma a continuación indica que he leído este formulario en su totalidad, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que autorizo una copia del mismo para la divulgación de la información descrita con anterioridad.

Firma del Cliente

Fecha

SOLAMENTE PARA EL USO DEL PROVEEDOR

He explicado este formulario y su propósito al cliente y el cliente se niega a firmar

Firma del Cliente

Fecha