

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION AL DISABILITY DETERMINATION BUREAU (DDB)  
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO F-14014**

ESTAS INSTRUCCIONES EN ESPAÑOL INDICAN LOS DATOS NECESARIOS PARA LLENAR LA VERSIÓN DEL FORMULARIO F-14014 EN EL IDIOMA INGLÉS. USTED DEBE FIRMAR, FECHAR Y DEVOLVER LA VERSIÓN EN INGLÉS DEL FORMULARIO F-14014 A LA OFICINA LOCAL DE SEGURO SOCIAL PARA PODER PROCESAR SU CASO DE INCAPACIDAD.

**A QUIEN *Pertenecen los expedientes que se divulgarán***  
Por favor indique su primer y segundo nombre y apellido(s), su número de Seguro Social, y su fecha de nacimiento.

**USO EXCLUSIVO DE SEGURO SOCIAL:** Indique el nombre y número de Seguro Social de la persona asegurada (si es distinto al anterior)

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL  
(SSA, por sus siglas en inglés)**

**\*\*POR FAVOR, LEA TODAS LAS PÁGINAS DEL FORMULARIO ANTES DE FIRMAR\*\***

**Voluntariamente, autorizo y solicito revelación** (incluyendo el intercambio electrónico, en papel y verbal):

**DE QUÉ Todos mis expedientes médicos, así como expedientes educativos y cualquier otra información relacionada con mi capacidad para desempeñar tareas. Esto incluye el permiso específico para divulgar:**

1. Todos los expedientes y otra información relacionada con el tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria de mi(s) impedimento(s), incluyendo, y no limitado a:
  - Impedimentos psicológicos, psiquiátricos o problemas mentales de otro tipo (excluye las "notas de psicoterapia", según definido en CFR 45, parte 164.501)
  - Abuso de drogas, alcoholismo o abuso de otras sustancias
  - Anemia de células falciforme
  - Expedientes que puedan indicar la presencia de enfermedades contagiosas o venéreas que pueden incluir, pero no están limitados, a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea, el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); y pruebas de detección VIH
  - Impedimentos asociados con los genes (incluyendo resultados de pruebas genéticas)
2. Información sobre cómo mi(s) impedimento(s) afecta(n) mi capacidad para llevar a cabo tareas y actividades del diario vivir, y mi capacidad para trabajar.
3. Copias de evaluaciones educativas o pruebas, incluyendo Programas Educativos Individualizados, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla, y cualquier otro expediente que pueda ayudar a evaluar la función, además de evaluaciones y observaciones de los maestros.
4. Información generada dentro de los 12 meses después de haber firmado esta autorización, así como información posterior.

**DE QUIÉN**

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo instituciones de salud mental, correccionales, tratamiento de adicción, y de instituciones de salud de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de expedientes, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Consultores médicos usados por el Seguro Social
- Empleadores (Patronos)
- Otras personas que conozcan sobre mi condición (familiares, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

**A QUIÉN**

**A la Administración del Seguro Social y a la agencia del estado autorizada a procesar mi caso** (generalmente denominada "Agencias de Determinación de Incapacidad"), **incluyendo los servicios de copias por contrato y los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso.** [Además, para reclamaciones internacionales, al puesto de servicio extranjero del Departamento de Estado de EE.UU.]

**PROPÓSITO**

Determinar mi **derecho a recibir beneficios**, incluyendo la consideración del efecto combinado de impedimentos que, por sí mismos, no cumplirían con la definición de incapacidad del Seguro Social, y establecer si puedo administrar tales beneficios.

Marque la casilla de la izquierda en la versión en inglés F-14014 SOLO si vamos a determinar si es capaz de administrar beneficios.

**CUÁNDO CADUCA**

Esta autorización es válida durante los 12 meses siguientes a la fecha en que es firmada (debajo de mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica) de este formulario para la revelación de la información descrita anteriormente.
- Comprendo que existen circunstancias en las que esta información puede divulgarse más de una vez a otras fuentes de información (consulte la página 3 para más detalles).
- Puedo escribirle al Seguro Social y a mis fuentes de información para revocar la presente autorización en cualquier momento (consulte la página 2 para más detalles).
- El Seguro Social me entregará una copia de éste formulario, si la solicito.
- Puedo solicitar a la fuente de información que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que se divulgará.
- He leído todas las páginas del formulario y doy mi consentimiento para que la información descrita anteriormente sea divulgada por las fuentes de información enumeradas.

**PERSONA que autoriza la revelación de información**

La persona tiene que firmar y fechar la autorización, y proveer su dirección y número de teléfono (con el código de área).

Si la firma no pertenece a la persona cuya información será divulgada, explique la razón por la autorización de firmar. Haga una marca en la casilla en la versión en inglés para indicar si usted es el padre del menor, tutor legal u otro representante (explique). Firme la versión en inglés del formulario F-14014 en el espacio provisto para una segunda firma si es requerida por una ley estatal.

**TESTIGO:** En esta sección del formulario F-14014 en inglés, alguien que conozca al firmante debe firmar como testigo y debe indicarnos el número de teléfono o dirección de él o ella. Se ha provisto un espacio adicional para la firma de un segundo testigo si es necesario.

*Esta autorización general y especial para divulgar información fue diseñada para cumplir con las disposiciones relacionadas con la divulgación de información médica, educativa y de otro tipo, conforme a P.L. 104-191 ("HIPPA"); CFR 45, partes 160 y 164; código de EE.UU. 42, sección 290dd-2; CFR 42, parte 2; código de EE.UU. 38 sección 7332; CFR 38 parte 1.475; código de EE.UU. 20, sección 1232g ("FERPA"); CFR 34, partes 99 y 300; y legislación estatal.*

**Explicación del formulario F-14014,  
"Autorización para revelar información a la Administración del Seguro Social"**

Necesitamos su autorización por escrito para ayudarnos a obtener la información necesaria para tramitar su solicitud y determinar su capacidad para administrar los beneficios. Las leyes y reglamentos exigen que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de revelarnos dicha información. Además, las leyes requieren autorización específica para revelar información de ciertas condiciones y de fuentes educativas.

Usted puede proveer esta autorización firmando el formulario F-14014. La ley federal permite que sus fuentes de información nos divulguen la información si usted firma una sola autorización para todas sus posibles fuentes. Nosotros haremos copias de la misma para cada fuente. Una entidad cubierta (o sea, su fuente de información médica) no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción o derecho a beneficios basado en que usted firme la forma de autorización. Algunos estados y fuentes de información individuales, requieren que la autorización indique específicamente que usted los autoriza a revelar su información personal. En estos casos, podríamos pedirle que firme una autorización para cada fuente y podríamos comunicarnos con usted de nuevo, si necesitáramos que firme autorizaciones adicionales.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la situación en que la fuente de información ya haya actuado basándose en la misma. Para revocarla, envíe una declaración escrita a cualquier Oficina del Seguro Social. Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes, indicando que ya no desea que divulguen información sobre su persona; el Seguro Social podrá avisarle si hemos identificado alguna fuente que usted no nos indicó. El Seguro Social puede utilizar la información revelada antes de la revocación para tomar una decisión sobre su solicitud.

La política del Seguro Social es prestar servicios a personas con dominio limitado del inglés en su idioma nativo o el modo de comunicación que prefieran, conforme con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y la Ley de Educación para Personas con Incapacidades. El Seguro Social hace todo el esfuerzo posible para que la información del formulario F-14014 le sea suministrada en su idioma nativo o en el que usted prefiera.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUYENDO INFORMACIÓN SEGÚN EXIJE  
LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información personal que reúna el Seguro Social está protegida por la Ley de Confidencialidad de 1974. Una vez que la información médica es revelada al Seguro Social, deja de estar protegida por las disposiciones de confidencialidad de la información médica del CFR 45, parte 164 (impuesta por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, por sus siglas en inglés]). El Seguro Social retiene la información personal con adherencia estricta bajo las reglas de retención establecidas y mantenidas conjuntamente con la Administración Nacional de Archivos y Expedientes. Al finalizar el ciclo de vida útil de un expediente, éste se destruye conforme a las disposiciones de confidencialidad que especifica el CFR 36, parte 1228.

El Seguro Social tiene autorización para recopilar la información en el formulario F-14014 según las secciones 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) y 1631(e)(1)(A) de la Ley del Seguro Social. La información obtenida con este formulario se utiliza para determinar su derecho a recibir beneficios, o derecho a continuación de beneficios y su capacidad para administrar los beneficios que pudiera recibir. Normalmente, este uso incluye la revisión de la información por parte del organismo estatal que procesa su caso y por las personas encargadas del control de calidad en el Seguro Social. En algunos casos, su información también puede ser revisada por empleados del Seguro Social que procesan su apelación a una decisión o por los investigadores para resolver acusaciones de fraude o abuso y puede ser utilizada en cualquier procedimiento administrativo, civil o criminal que esté relacionado.

El firmar este formulario es voluntario, pero no firmarlo, o revocarlo antes de que recibamos la información necesaria puede impedir que se tome una decisión precisa o a tiempo sobre su solicitud y puede causar la negación o pérdida de beneficios. Aunque la información que se obtiene en este formulario rara vez se utiliza con fines distintos a los antes mencionados, el Seguro Social puede revelarla sin su consentimiento, si así lo autorizan leyes federales como la Ley de Protección de Confidencialidad y la Ley del Seguro Social. Por ejemplo, el Seguro Social puede divulgar información:

1. Para permitir que un tercero (por ejemplo, un médico consultante) u otra agencia gubernamental ayude al Seguro Social a establecer derecho a beneficios y protección;
2. En conformidad con la ley que autoriza la divulgación de información de los expedientes de Seguro Social (por ejemplo, al Inspector General, a los auditores u organismos de beneficios estatales o federales, o al Departamento de Asuntos de Veteranos [VA, por sus siglas en inglés]);
3. Para investigaciones estadísticas y actividades de auditoría necesarias para garantizar la integridad y el mejoramiento de los programas de Seguro Social (por ejemplo, a la Oficina del Censo y asuntos privados bajo contrato con el Seguro Social).

El Seguro Social no volverá a divulgar información sin el consentimiento previamente escrito: (1) relacionada con el abuso de drogas o alcohol, según cubierto en el CFR 42, parte 2 ó, (2) de expedientes educativos de un menor obtenidos conforme al CFR 34, parte 99 (Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia [FERPA, por sus siglas en inglés]) o (3) relacionada con la salud mental, incapacidades del desarrollo, SIDA o VIH.

También, podemos utilizar la información que usted nos entrega cuando comparamos los expedientes por computadora. Los programas de comparación comparan nuestros expedientes con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Muchas agencias pueden utilizar programas de comparación para encontrar o comprobar que una persona cumple con los requisitos necesarios para recibir los beneficios que paga el gobierno federal. La ley nos autoriza hacerlo aunque no contemos con su consentimiento.

Las explicaciones de razones para utilizar o divulgar información que usted nos brinda están disponibles a petición en cualquier oficina del Seguro Social.

## LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo de 1995. No es requisito que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que le tomará 10 minutos para leer las instrucciones, reunir los datos y llenar el formulario. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO UNA VEZ COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL.**

**La oficina aparece en la guía telefónica bajo agencias del gobierno de los EE.UU. o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Puede enviar comentarios sobre nuestro estimado del tiempo que le toma completar el formulario a: Social Security, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. Por favor, sólo envíe comentarios sobre nuestro estimado de tiempo, a la dirección arriba mencionada, no el formulario completado.**

<b>WHOSE Records to be Disclosed:</b>		
First	Middle	Last
NAME: _____		Birthday mm/dd/yy _____
SSN: _____		
<b>DDB USE ONLY: NUMBER HOLDER (If other than above):</b>		
NAME _____		
SSN: _____		

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION TO Disability Determination Bureau (DDB)

\*\* PLEASE READ THE ENTIRE FORM, BOTH PAGES, BEFORE SIGNING BELOW \*\*

I voluntarily authorize and request disclosure (including paper, oral, or electronic interchange):

**OF WHAT** All my medical records; also education records and other information related to my ability to perform tasks. This includes specific permission to re

- All records from this facility ( including copies of medical records from other facilities if in my chart) regarding my treatment, hospitalization, and/or outpatient care for my impairment(s) **including**, but not limited to:
  - Psychological, psychiatric or other mental impairment(s) (excludes "psychotherapy notes" as defined in 45 CFR 164.501)
  - Drug abuse, alcoholism, or other substance abuse
  - Sickle cell anemia or Gene-related impairments (including information from genetic test results and/or screenings);
  - Human immunodeficiency virus (HIV) infection (including acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or tests for HIV) or sexually transmitted diseases
- Information about how my impairment(s) affects my ability to complete tasks and activities of daily living and affects my ability to work.
- Copies of educational tests or evaluations, including Individualized Educational Programs, psychological or speech evaluations, and any other records that can help evaluate function; also teachers' observations and evaluations.
- Information created within 12 months after the date of this authorization is signed, as well as past information.

**FROM WHOM**

- All medical sources (hospitals, clinics, labs, physicians, psychologists, etc.) including mental health, correctional, addiction treatment, and VA health care facilities
- All educational sources (schools, teachers, records administrators, counselors, etc.)
- Social workers/rehabilitation counselors
- Consulting examiners used by DDB
- Employers
- Others who may know about my condition (family, neighbors, friends, public officials)

**THIS BOX TO BE COMPLETED BY DDB (as needed)** Additional information to identify the subject (e.g., other names used), the specific source, or the material to be disclosed:


**TO WHOM**

The Disability Determination Bureau, Division of Health Care Access and Accountability, Department of Health Services, State of Wisconsin which is authorized to process my case, and which includes contract copy services, and doctors or other professionals consulted during the process.

**PURPOSE**

**Determination of Medicaid - Disability Applications or Katie Beckett Medicaid Applications**

- I authorize the use of a copy (including electronic copy) or facsimile (FAX) of this form for the disclosure of the information described above.
- I understand that there are some circumstances where this information may be redisclosed to other parties (see page 2 for details).
- I may write to DDB and my sources to revoke this authorization at any time (see page 2 for details).
- DDB will give me a copy of this form if I ask; I may ask the source to allow me to inspect or get a copy of material to be disclosed.
- I understand I have the right to review or request copies of the released material, and that the confidentiality of my records is protected by law.
- I have read both pages of this form and agree to the disclosures above from the types of sources listed.

**EXPIRES WHEN**

This authorization is good for 12 months from the date signed below my signature.

<b>INDIVIDUAL</b> authorizing disclosure: <b>SIGN</b> ▶	<b>IF not signed by subject of disclosure, specify basis for authority to sign (parent/guardian sign here if two signatures required by State law):</b> [ ] Parent of minor    [ ] Guardian [ ] Other personal representative (explain)		
Date Signed	Street Address		
Phone Number (with area code)	City	State	ZIP

**WITNESS:**

I know the person signing this form or am satisfied of this person's identity:

<b>SIGN</b> ▶	<b>IF needed, second witness sign here (e.g., if signed with "X" above):</b> <b>SIGN</b> ▶		
Phone Number (or Address)	Phone Number (or Address)		

This general and special authorization to disclose was developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical, educational, and other information under: P.L.104-191 ("HIPAA"); 45 CFR parts 160 and 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR part 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g ("FERPA"); 34 CFR parts 99 and 300; and the Public Health Service Act, Sect. 523 and 527, USC Veterans Benefits, Section 4132, and State of Wisconsin Statutes Sections 19.35 & 19.36, Section 51.30, & HFS 92.03-92.06 Wis. Adm. Code.

## Explanation of Form F-14014

### “Authorization to Disability Determination Bureau (DDB)”

We need your written authorization to get the information required to process your application for Medicaid Disability or Katie Beckett Medicaid. Laws and regulations require that sources of personal information have a signed authorization before releasing it to the Disability Determination Bureau (DDB). Also, laws require specific authorization for the release of information about certain conditions and from educational sources.

You can provide this authorization by signing a Form F-14014. Federal law permits sources with information about you to release that information if you sign a single authorization to release all your information from all your possible sources. We will make copies of it for each source. If you sign such a single authorization, we will make copies of it for each source we contact to get your information. Some individual sources of information may require a new signed authorization after you receive medical treatment. In those cases, we may ask you to sign one authorization for each source and we may contact you again if we need you to sign more authorizations.

You have the right to revoke this authorization at any time, except to the extent a source of information has already relied on it to take an action. To do so, make a written request to your county social or human services department, the Katie Beckett Program or directly to the Disability Determination Bureau (P.O. Box 7886, Madison, WI 53707-7886). If you do, you should also send a copy of the request to revoke to each of your sources of information. As described below, revocation could result in loss of entitlement.

### IMPORTANT INFORMATION, INCLUDING NOTICE REQUIRED BY THE PRIVACY ACT

All personal information collected by the DDB is protected by the Federal Privacy Act of 1974. Once medical information is disclosed to the DDB, it is no longer protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) health information privacy provisions (45 CFR part 164). The DDB retains personal information in strict adherence to the retention schedules established and maintained in conjunction with the National Archives and Records Administration. At the end of a record's useful life cycle, it is destroyed in accordance with the privacy provisions, as specified in 36 CFR part 1228.

The DDB will use the information obtained with this form to determine your eligibility for benefits, and your ability to manage any benefits received. This use usually includes review of the information by DDB staff in processing your case. In some cases, your information may also be reviewed by DDB staff that process your appeal of a decision, or by investigators to resolve allegations of fraud or abuse, and may be used in any related administrative, civil, or criminal proceedings.

**Signing this form is voluntary, but failing to sign it, or revoking it before we receive necessary information, could prevent an accurate or timely decision on your claim, and could result in denial or loss of benefits.** Although the information we obtain with this form is used for the purposes stated above and the information may be disclosed by the DDB without your consent if authorized by Federal laws such as the Privacy Act and the Social Security Act. For example, the DDB may disclose:

1. To enable a third party (e.g., consulting physicians) or other government agency to assist the DDB to establish rights to Social Security benefits and/or Medicaid coverage;
2. To comply with State and local laws requiring the release of information in situations of suspected child or elder abuse.;
3. We may also use the information you give us when we match records by computer. Matching programs compare our records with those of other Federal, state, or local government agencies. Many agencies may use matching programs to find or prove that a person qualifies for benefits paid by the government. The law allows us to do this even if you do not agree to it.

### If You Need Assistance in Completing This Authorization or Have Questions

If you need assistance in completing this authorization or if you have questions about the authorization, please contact the Medicaid office where you filed your application.