Texas Department of Aging and Disability Services

Information Release for Money Follows the Person Initiative

Divulgación de información para la iniciativa
El Dinero Va con la Persona

Form 1312-MFP
June 2005

TO BE COMPLETED BY INDIVIDUAL/DEBE LLENARLA LA PERSONA

Individual's Name/Nombre de la persona: _____

The Department of Aging and Disability Services (DADS) supports regional Money Follows the Person Transition Work Groups comprised of state employees, provider agencies and advocacy representatives. The purpose of the regional work group is to identify and use the full range of public and private services available to support the needs of individuals served by DADS.

El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) apoya a los grupos de trabajo regionales de transición de El Dinero Va con la Persona, compuestos de empleados estatales, agencias proveedoras y defensores. El propósito del grupo de trabajo regional es identificar y usar la gran variedad de servicios públicos y privados disponibles para apoyar las necesidades de las personas que reciben servicios del DADS.

When you sign this authorization, you are giving DADS or a provider agency your permission to disclose information about you, including protected health information, to a regional work group for the purpose of identifying services available to meet your needs.

Al firmar esta autorización, le otorga al DADS o a la agencia proveedora su permiso para divulgar información sobre usted, incluso información médica protegida, a un grupo de trabajo regional con el propósito de identificar los servicios disponibles para satisfacer sus necesidades.

I authorize/Autorizo a _____

Name of person presenting the case study to the regional Money Follows the Person Transition Work Group
Nombre de la persona que presenta el estudio del caso al grupo de trabajo regional de transición de El Dinero Va con la Persona

to release information about me to/para que divulgue información sobre mí a _____ .

Name of Money Follows the Person Transition Work Group and contact person/Nombre del grupo de trabajo regional de transición de El Dinero Va con la Persona y de la persona de contacto

This authorization expires on/Esta autorización se vence el _____ .

An expiration date or event is required by law. Do not leave blank or open-ended./La ley exige una fecha o acontecimiento de vencimiento. No lo deje en blanco ni sin fecha límite.

_____ _____

Signature – Individual Receiving Services or Personal Representative
Firma de la persona que recibe los servicios o su representante personal

Date/Fecha

If you are signing for the individual, please describe your authority to act for the individual:

Si usted firma en nombre de la persona, haga el favor de describir la autoridad con la que actúa en su nombre:

_____ _____

_____ _____

Note: If the individual requesting the release of case information cannot sign his or her name, two witnesses to his or her mark X must sign below:

Nota: Si la persona que pide la divulgación de la información del caso no puede firmar su nombre, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación:

_____ _____

Witness/Testigo **Date**/Fecha

_____ _____

Witness/Testigo **Date**/Fecha

Notice to Consumer:

DADS or a provider agency, as receiver of this information, will protect your personal health information in accordance with federal and state privacy regulations. If you authorize release of your health information to other parties, it may no longer be protected by privacy regulations.

You can withdraw the permission you have given employees of DADS, the provider agency or other contractors who participate in the regional workgroup to use or disclose information that identifies you, unless they have already taken action based on your permission. You must withdraw your permission in writing.

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Department of Aging and Disability Services (DADS) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask DADS to correct information that is determined to be incorrect. (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004).

Aviso al usuario:

El DADS o la agencia proveedora, como la entidad que recibe esta información, protegerá su información médica personal de acuerdo con las regulaciones federales y estatales de la vida privada. Si autoriza la divulgación de su información médica a terceros, es posible que ya no tenga la protección de las regulaciones del derecho a la vida privada.

Usted puede retirar el permiso que les haya dado a los empleados del DADS, a la agencia proveedora o a demás contratistas que participan en el grupo de trabajo regional para usar o divulgar información que lo identifique a usted, a menos que éstos ya hayan actuado de acuerdo con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (DADS) sobre usted y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que el DADS corrija cualquier información que sea incorrecta. (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004).