Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Autorización de Transacción COMPASS

Por medio de la presente solicito y autorizo a: _____
(Nombre del Sitio del Servicio)

Para ayudarme y para usar cualquier información médica, de salud u otra información protegida de salud que yo divulgue a sus empleados, voluntarios o agentes con el solo propósito de asistirme con lo siguiente:

O Solicitud COMPASS – Especificar programa
O Cupones de Alimentos O Medicaid O Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) O Cuidado Infantil

O Renovación de beneficios COMPASS – Especificar programa
O Cupones de Alimentos O Medicaid O Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) O Cuidado Infantil

O Informar de un cambio COMPASS

O Consultar beneficios COMPASS

Entiendo que seguiré siendo responsable de la aceptación de términos y de proporcionar las firmas electrónicas requeridas. Además enviaré la transacción a través de COMPASS.

Entiendo que la Ley Federal de Privacidad, tal como lo define la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) no protege la privacidad de la información en caso de volver a ser divulgada y, por lo tanto, solicito que toda la información obtenida, si es por medio de esta página de servicios, se mantenga estrictamente confidencial y no se divulgue más. También entiendo que mi elegibilidad para recibir beneficios no está condicionada a que yo dé esta autorización. Tengo la intención de que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Ley de Privacidad y entiendo que mi autorización permanecerá en vigor por:

O Solicitud COMPASS; el período necesario para completar todas las transacciones sobre temas relacionados a la solicitud
O Renovación o revisión de beneficios COMPASS; el período necesario para completar todas las transacciones sobre temas relacionados a la renovación o revisión
O Informar de un cambio COMPASS: el período necesario para completar todas las transacciones sobre temas relacionados al cambio
O Consulta de beneficios COMPASS: un año, a menos que yo especifique una fecha de vencimiento anterior aquí: _____

Entiendo que podré retirar esta autorización en cualquier momento, a menos que ésta sea limitada por las regulaciones estatales o federales, y salvo en el caso en que se hayan tomado medidas basadas en ella.

_____
(Nombre de la persona que autoriza la transacción)

_____
(Firma de la persona que autoriza la transacción)

_____
(Fecha de nacimiento de la persona)

_____
(Número de identificación del cliente o número de caso de Cuidado Infantil de la persona, en caso de dar autorización para **Renovación, Informar de un cambio** o **Consultar beneficios**)

_____
(Nombre del representante de la organización)

_____
(Firma del representante de la organización)

_____
(Fecha)

La autorización deberá cumplir con las políticas del departamento y debe estar disponible para la persona de contacto del departamento o los representantes designados, según corresponda, en horario laboral normal para su revisión y comparación con consultas realizadas en el sistema COMPASS por un período de tres años desde la fecha en que se reciba dicha autorización por parte del solicitante, destinatario o representante autorizado del hogar.