

**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF INFORMATION**

This form must be signed in order for the Department of Social Services (DSS) to disclose information, *(including information about your health condition or treatment or payment for a health condition that DSS has in its records, also known as protected health information “PHI”)*, if the use or disclosure is not directly related to running DSS’s programs or required by law or court order.

**Subject of this Authorization** *(name of DSS client)*

**I authorize DSS to disclose the information indicated below to:** *(name and address)*

**for the following purpose(s):**

*(If you do not wish to state a purpose, you can write “at my request”.)*

**Type of Information DSS is Authorized to Disclose** *(check those that apply):*

- medical\*       alcohol and/or drug treatment records\*\*       HIV related information\*\*\*       financial
- employment history       family and living situation       DSS and other benefits currently or formerly received;
- other \_\_\_\_\_

- I understand that my refusal to sign will not affect my ability to obtain services or benefits from DSS.
- I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying DSS, in writing, except if a disclosure has already been made in reliance on it.
- I understand that the information I authorize a person or entity to receive may be redisclosed and no longer protected by privacy regulations.

This authorization expires on \_\_\_\_\_ or upon \_\_\_\_\_. *(If use or disclosure of PHI is for research purposes, including the creation and maintenance of a database, you can write “end of research study” or “none”.)*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Individual or Representative*

\_\_\_\_\_  
*ID # or S.S. # of Subject*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Printed Name of Person Who Signed*

\_\_\_\_\_  
*If a Representative, Authority to Act*

\* The confidentiality of psychiatric records is required under chapter 899 of the Connecticut general statutes. This material shall not be transmitted to anyone without written consent or other authorization as provided in the aforementioned statutes.

\*\* **Alcohol and/or Drug Treatment Records:** This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rule (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise, permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is **NOT** sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

\*\*\* **HIV Related Information:** This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by state law. A general authorization for the release of medical or other information is **NOT** sufficient for this purpose.

**AUTORIZACION PARA REVELACION DE INFORMACION**

Esta forma debe ser firmada para que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) pueda revelar la información (incluyendo la información sobre su condición de salud o tratamiento o pago para una condición de salud que DSS tiene en sus archivos, también conocido como información de salud protegida/protected health information "PHI"), si el uso o revelación no se relaciona directamente a los programas de DSS o es requerido por ley u orden de la corte.

**Sujeto de esta Autorización** (*nombre del cliente de DSS*)

**Yo autorizo a DSS a revelar la información indicada más abajo a:** (*nombre y dirección*)

**Para el / los siguiente(s) propósito(s):**

(*Si usted no desea declarar un propósito, usted puede escribir "a mi petición".*)

**Tipo de Información DSS es Autorizado a Revelar** (*cheque aquellos que aplican*):

- médico\*     archivos de tratamiento de alcohol y/o tratamiento de droga alcohol\*\*  
 información relacionada a SIDA\*\*\*     financiero     historial de empleo     familia y la situación viviente  
 DSS y otros beneficios recibidos actualmente o anteriormente     otro \_\_\_\_\_

- Yo entiendo que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad de obtener servicios o beneficios de DSS.
- Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a DSS, por escrito, excepto si una revelación ya ha sido hecha en la confianza en él.
- Yo entiendo que la información que yo autorizo una persona o entidad a recibir, pueda ser revelada y no más protegida por las reglas de privacidad.

Esta autorización expira en \_\_\_\_\_ o en \_\_\_\_\_ (*Si el uso o la  
(fecha) (evento)*  
*revelación de PHI es para los propósitos de investigación, incluyendo la creación y mantenimiento de un banco de datos, usted puede escribir "final de un estudio de investigación" o "ninguno".*)

\_\_\_\_\_  
*Firma del Individuo o Representante*

\_\_\_\_\_  
*ID # o S.S. # de Sujeto*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en Imprenta de la Persona Que Firmó*

\_\_\_\_\_  
*Si es un Representante, Autoridad para Actuar*

\* La confidencialidad de archivos psiquiátricos es requerido bajo capítulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin consentimiento escrito u otra autorización como con tal de que en los estatutos mencionados.

\*\* **Archivos de tratamiento de alcohol y/o tratamiento de droga:** Esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por la regla de confidencialidad Federal (42CFR Parte 2). Las reglas Federales lo prohíben de hacer cualquier revelación adicional de esta información a menos que revelación adicional se permite expresamente por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o como por otra parte, permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para relevar la información médica u otra NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o proseguir cualquier paciente de abuso de alcohol o abuso de droga.

\*\*\* **Información Relacionada a SIDA:** Esta información ha sido revelada a usted de archivos la cuya confidencialidad es protegida por la ley estatal. La ley del estado lo prohíbe de hacer cualquier relevación adicional de él sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o como por otra parte permitido por la ley estatal. Una autorización general para la revelación de información médica u otra NO es suficiente para este propósito.