

FORMULARIO DE PETICIÓN DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE

INSTRUCCIONES: Los clientes deben completar la Sección I y enviar este formulario junto con documentos de prueba al director del albergue/programa o al personal equivalente a cargo ("Director"). El personal del *DHS* y del proveedor deben ofrecer ayuda al cliente para completar este formulario.

Sección I: (Esta sección debe ser completada por o con el cliente).

Nombre: _____

Albergue/Programa: _____

Número de Identificación/Seguro Social del cliente(a): _____ Teléfono: _____

Describe el tipo de acomodamiento pedido (adjunte toda documentación de prueba):

Section II Instructions: Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete Section II, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

Section II: (To be completed by the Facility Director or designee.)

Name/Title: _____

Facility/Program: _____

Address: _____

Phone: _____ Date Received: _____

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: _____

After completing, provide a copy of this form to the client.

(Gire la hoja)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL - HIPAA

Nombre del cliente(a) _____
Fecha de nacimiento _____ N.º de ID del caso _____
Últimos 4 dígitos de su N.º de Seguro Social _____

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica acerca de mis cuidados médicos y tratamientos sea divulgada como se establece a continuación. La ley y las regulaciones federales y estatales, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA*) salvaguarda la privacidad de mi información médica protegida (llamada colectivamente "registros médicos").

Antes de firmar, entiendo que:

1. Mis registros médicos pueden incluir **INFORMACIÓN** confidencial sobre el **ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL** (excepto las anotaciones de psicoterapia) e información **RELACIONADA AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**¹. Esta información solo será divulgada si firmo con mis iniciales en las casillas correspondientes en el punto 8(a).
2. Puedo pedir la lista de personas que pudieran recibir o usar mi información relacionada al VIH sin mi consentimiento. Si yo fuera discriminado(a) por haberse divulgado mi información relacionada al VIH, podría contactar a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (*New York State Division of Human Rights*) llamando al **(212) 961-8650** o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (*New York City Commission on Human Rights*) al **(212) 306-7450**. Estas están a cargo de proteger mis derechos.
3. La firma de este formulario es voluntaria. Si no firmo, mi tratamiento, los pagos a los proveedores de tratamientos, la inscripción en un plan de salud y la elegibilidad para un albergue no se verán afectados. En cambio, si no firmo y no envío los documentos requeridos con mi petición de acomodamiento razonable, el Departamento de Servicios para Personas sin Vivienda de la Ciudad de Nueva York (*NYC Department of Homeless Services, DHS*) podría denegarla a causa de no tener los documentos de prueba ni la información necesaria para evaluarla.
4. Puedo cambiar de parecer en todo momento, excepto sobre alguna información que ya haya sido divulgada. Para ello, debo informar por escrito al director(a) de mi albergue o del centro.
5. Mi información médica, compartida bajo este consentimiento, podría ser divulgada de nuevo por el *DHS*. La privacidad de esta información podría dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

(Gire la hoja)

¹ El virus de inmunodeficiencia humana causa SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pueda razonablemente identificar a una persona que tenga síntomas del VIH o que esté infectada, y a la información sobre los contactos de dicha persona.

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACION MÉDICA

6. Nombre y dirección del proveedor de servicios médicos o de la entidad que divulgará esta información:

7. Este proveedor de servicios médicos enviará la información a: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8(a). Información a ser divulgada: **los registros médicos correspondientes al año previo a la fecha de la firma puesta a continuación.** Incluye (*indíquelo escribiendo sus iniciales*):

- Tratamiento para alcohol y drogas Información sobre salud mental
 Información relacionada con el VIH

8(b). Al escribir mis iniciales aquí _____, permito que _____
(Iniciales) (Nombre del proveedor de servicios médicos individual)
divulgue mi información médica al **Departamento de Servicios Sociales de la Ciudad de Nueva York (NYC Department of Social Services).**

9. Razón por la que se divulga la información: **A petición del paciente, al solo fin de tramitar la petición de acomodamiento razonable.**

10. Fecha de expiración: **un año contando a partir de la fecha de la firma.**

Todos los puntos de este formulario han sido completados y mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas. He recibido una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante autorizado por ley

Fecha

Si no es el paciente, nombre del individuo que firma el formulario

Autoridad que firma en representación del paciente

Este es el mejor número de teléfono para contactarme

INFORMACIÓN SOBRE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

Este folleto de preguntas frecuentes se refiere al formulario de consentimiento de HIPAA y explica por qué le pedimos que lo complete.

¿Por qué debo completar el formulario de consentimiento de HIPAA?

Algunas Peticiones de acomodamiento razonable (*Reasonable Accommodation Requests, RAR*) deben ser evaluadas antes de ser aprobadas. La Oficina de Acomodamiento Razonable (*Office of Reasonable Accommodations, ORA*) evalúa la información que es relevante para decidir, obtenida de su proveedor de servicios de salud. Al firmar el consentimiento de HIPAA, ORA puede contactar a su proveedor cuando necesite más información para decidir acerca de su petición. El firmar le ahorra tiempo en el proceso de evaluación.

¿Qué información se obtendrá a través de este formulario?

ORA solo requerirá información relacionada con su Petición de acomodamiento razonable. Los empleados no usarán este formulario para obtener información de su proveedor que no esté relacionada con su petición.

¿Cómo completo este formulario?

- Debe completar, firmar y fechar el consentimiento de HIPAA para que sea válido.
- El consentimiento de HIPAA es válido por un año contando a partir de la fecha en que fue firmado.
- Si no puede firmar dicho formulario, un representante autorizado puede hacerlo en su nombre. Si un representante autorizado firma por usted, debe entregarnos un documento dándole autorización; por ejemplo, un poder notarial o un poder de tutela o de custodia.

(Gire la hoja)

INFORMACIÓN SOBRE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA) (continuación)

¿Qué sucede si no quiero que *ORA* use este formulario para contactar a mi proveedor de servicios de salud?

Puede pedirnos en cualquier momento que dejemos de usar este formulario, pero debe hacerlo por escrito al director del albergue o del centro.

Aviso: no es necesario que firme este consentimiento si no quiere nuestra ayuda para obtener información de su proveedor de servicios de salud. Puede, en cambio, obtener información directamente de su proveedor para poder adjuntarla a su petición de acomodamiento.

¿Qué sucede si no tengo ningún documento?

Si no tiene ningún documento para enviar con la Petición de acomodamiento razonable (*RAR*) y no completa y firma el formulario *HIPAA*, su petición podría ser denegada por falta de información y de documentos que podamos evaluar.

¿Y si tengo más preguntas sobre este formulario?

Los empleados del *DHS* y del albergue responderán a todas las preguntas que tenga y lo ayudarán a completar el formulario.