

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO SSA-827

QUESTE ISTRUZIONI IN ITALIANO FORNISCONO LA DICITURA DELLA VERSIONE INGLESE DEL MODULO SSA-827. LEI DOVRÀ FIRMARE, DATARE E RESTITUIRE LA VERSIONE INGLESE DEL MODULO SSA-827 ALL'UFFICIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE PIÙ VICINO PER LA TRATTAZIONE DELLA SUA DOMANDA DI INVALIDITÀ.

PERSONA le cui informazioni saranno divulgate

Scriva il Suo nome di battesimo, il secondo nome e il cognome, il Suo numero di Previdenza Sociale e la Sua data di nascita.

AUTORIZZAZIONE A DIVULGARE INFORMAZIONI ALL'AMM. DELLA PREVIDENZA SOCIALE (SSA)

**** PRIMA DI FIRMARE, LEGGA IL MODULO PER ESTESO ****

Io sottoscritto/a autorizzo volontariamente e richiedo la divulgazione (scambi di informazioni per iscritto, a voce e per via elettronica compresi)

DI CHE COSA

Tutti i miei dati medici: compresi i dati sul mio grado di istruzione ed altre informazioni pertinenti alla mia capacità di svolgere attività. Ciò comprende l'autorizzazione specifica al rilascio:

- Di tutta la documentazione e altre informazioni riguardanti il mio trattamento, ricoveri ospedalieri e cure ambulatoriali per la/e mia/e menomazione/i, compresi, ma senza alcuna restrizione:
 - Menomazioni psicologiche, psichiatriche o mentali di altro tipo (escluse le "note di psicoterapia" come definite al 45 CFR (Codice dei Regolamenti Federali) 164.501
 - Tossicodipendenza, alcolismo o consumo di altre sostanze stupefacenti
 - Anemia falcemica
 - Documentazione che potrebbe indicare l'eventuale presenza di una malattia trasmissibile o non trasmissibile, nonché test o cartelle mediche per l'HIV/AIDS
 - Menomazioni di origine genetica (compresi gli esiti di test genetici)
- Informazioni relative a come la/e mia/e menomazione/e influisce/influiscono sulla mia capacità di eseguire compiti ed attività nella vita di tutti i giorni e sulla mia capacità lavorativa.
- Copie di valutazioni o test educativi, tra cui Programmi di istruzione individualizzati, valutazioni triennali, valutazioni psicologiche e del linguaggio e qualsiasi altro dato che sia utile per valutare la funzionalità; oltre ad osservazioni e valutazioni di insegnanti.
- Informazioni generate entro i 12 mesi successivi alla data della firma di questa autorizzazione, come pure informazioni passate.

DA CHI

- Tutte le fonti mediche (ospedali, cliniche, laboratori, medici, psicologi, ecc.), tra cui istituti per la salute mentale, istituti correzionali, di trattamento per tossicodipendenza ed istituti di assistenza sanitaria per i reduci di guerra.
- Tutte le fonti di istruzione (scuole, insegnanti, amministratori della documentazione, consulenti, ecc.).
- Assistenti sociali/Consulenti per la riabilitazione.
- Esaminatori consulenti impiegati dalla SSA.
- Datori di lavoro, società di assicurazione, programmi di indennità per lavoratori
- Altre persone che possono essere a conoscenza della mia condizione (familiari, vicini, amici, funzionari pubblici)

A CHI

All'Amministrazione della Previdenza Sociale e all'Agenzia di Stato autorizzata a trattare il mio caso (chiamata generalmente "disability determination services"- servizi per la determinazione dell'invalidità), tra cui servizi di copiatura, medici e altri professionisti consultati nel corso della trattazione della pratica. [Per le domande internazionali, anche il Servizio postale estero del Dipartimento di Stato].

SCOPO

Determinare la mia idoneità al percepimento delle agevolazioni, considerando anche l'effetto combinato di qualsiasi menomazione che di per sé non soddisferebbe la definizione della SSA di invalidità, e determinare se sono in grado di amministrare tali agevolazioni.

Contrassegni la casella a sinistra nel modulo SSA-827 in inglese se stiamo determinando SOLTANTO la Sua capacità di amministrare le agevolazioni (contrassegnare solo se pertinente).

QUANDO SCADE Questa autorizzazione è valida per 12 mesi dalla data della firma (sotto la mia firma).

- Autorizzo l'uso di una copia (anche elettronica) di questo modulo per la divulgazione delle informazioni sopra descritte.
- Convengo che vi possano essere alcune circostanze in cui queste informazioni possono essere ri-divulgate ad altre parti (v. pagina 2 per i dettagli).
- Posso scrivere alla SSA e alle mie fonti di informazioni per revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento (v. pagina 2 per i dettagli).
- La SSA mi darà una copia di questo modulo se la richiederò; posso chiedere alla fonte delle informazioni di permettermi di esaminare o di ottenere una copia del materiale che dovrà essere divulgato.
- Ho letto tutt'e due le pagine di questo modulo ed acconsento alla divulgazione delle informazioni sopra descritte da parte dei tipi di fonte elencati.

***** PREGASI FIRMARE USANDO UNA PENNA ESCLUSIVAMENTE CON INCHIOSTRO BLU O NERO.**

PERSONA che autorizza la divulgazione

La persona deve firmare e datare questa autorizzazione, e indicare il proprio indirizzo (via, numero civico, città, stato e CAP) e numero di telefono con il prefisso.

SE non firmato dalla persona interessata dalla divulgazione, specifichi le basi di autorità per firmare. Contrassegni la casella appropriata nel modulo SSA-827 in inglese per indicare se la persona che firma è il genitore di un minorenne, un tutore o un altro rappresentante personale (da specificare). Firmi il modulo SSA-827 in inglese nello spazio fornito se per la legge dello stato sono richieste due firme.

Testimone: in questa sezione del modulo SSA-827 in inglese, una persona che conosce chi firma il modulo dovrà firmare come testimone e fornire il proprio numero di telefono o indirizzo. C'è spazio per un secondo testimone se necessario.

Questa autorizzazione generale e speciale per la divulgazione di informazioni è stata concepita per conformarsi alle disposizioni riguardanti la divulgazione di informazioni mediche, educative e di altro genere contenute nel P.L. (Diritto pubblico) 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR parti 160 e 164; 42 U.S. Code (Codice USA) art. 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 U.S. Code art. 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code art. 1232g ("FERPA"); 34 CFR parti 99 e 300; e la legge dello Stato.

Spiegazione del modulo SSA-827

“Autorizzazione a divulgare informazioni all’Amministrazione della Previdenza Sociale (SSA)”

Abbiamo bisogno della Sua autorizzazione scritta per ottenere le informazioni necessarie alla trattazione della Sua domanda e per determinare la Sua capacità di gestire le agevolazioni. Le leggi e i regolamenti prevedono che le fonti di informazioni personali dispongano di un’autorizzazione firmata prima di rilasciare a noi queste informazioni. Inoltre, le leggi richiedono un’autorizzazione specifica per il rilascio di informazioni riguardanti particolari condizioni e per il rilascio di informazioni da parte di fonti educative.

Lei può fornire questa autorizzazione firmando il modulo SSA-827. La legge federale permette alle fonti in possesso di informazioni sul Suo conto di rilasciare queste informazioni se Lei firma un’autorizzazione unica per il rilascio di tutte le Sue informazioni da parte di tutte le Sue possibili fonti. Noi faremo una copia dell’autorizzazione per ciascuna fonte di informazioni. Un’entità coperta (ovvero, una fonte di informazioni mediche sul Suo conto) non può porre quale condizione per il trattamento, pagamento, iscrizione o idoneità al percepimento delle agevolazioni la sottoscrizione del presente modulo di autorizzazione. Alcuni Stati ed alcune particolari fonti di informazioni richiedono che l’autorizzazione contenga il nome specifico della fonte che Lei autorizza al rilascio delle Sue informazioni personali. In casi del genere, potremmo richiederLe di firmare un’autorizzazione per ciascuna fonte e potremmo metterci di nuovo in contatto con Lei se occorre che Lei firmi più autorizzazioni.

Lei ha il diritto di revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento, eccetto il caso in cui una fonte di informazioni si sia già avvalsa di questa autorizzazione per agire. Per revocare questa autorizzazione, invii una dichiarazione scritta ad un qualsiasi Ufficio della Previdenza Sociale. In questo caso, invii anche una copia della dichiarazione direttamente a ciascuna delle Sue fonti che Lei desidera non divulgino più informazioni sul Suo conto; la SSA può dirLe se abbiamo identificato delle fonti di informazioni che Lei non ci aveva comunicato. La SSA può utilizzare informazioni divulgate prima della revoca per assumere decisioni sulla Sua domanda.

È politica della SSA fornire i propri servizi a persone che non parlino bene l’inglese nella loro lingua madre o nel modo di comunicazione preferito, in osservanza dell’Ordine Esecutivo 13166 (11 agosto 2000) e dell’Individual with Disabilities Education Act (Legge sull’istruzione per persone affette da invalidità). La SSA compie ogni ragionevole sforzo per far sì che le informazioni contenute nel modulo SSA-827 Le vengano fornite nella Sua lingua madre o nella lingua da Lei preferita.

INFORMAZIONI IMPORTANTI E AVVISO PREVISTO DALLA LEGGE SULLA PRIVACY

Tutte le informazioni personali raccolte dalla SSA sono protette dal Privacy Act (Legge sulla Privacy) del 1974. Una volta che le informazioni mediche vengono divulgate alla SSA, esse non sono più protette dalle disposizioni sulla privacy delle informazioni mediche del 45 CFR parte 164 (sancite dal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (Legge sulla responsabilità e la portabilità dell’assicurazione sanitaria). La SSA gestisce le informazioni personali in stretta osservanza dei calendari di conservazione stabiliti e mantenuti in congiunzione con la National Archives and Records Administration (Amministrazione degli archivi e della documentazione nazionali). Al termine del periodo in cui le informazioni sono state utili, esse vengono distrutte secondo le disposizioni sulla privacy specificate in 36 CFR, parte 1228.

La SSA è autorizzata a raccogliere le informazioni indicate nel modulo SSA-827 dagli articoli 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) e 1631(e)(1)(A) del Social Security Act (Legge sulla Previdenza Sociale). Noi usiamo le informazioni ottenute con questo modulo per determinare o confermare la Sua idoneità al percepimento delle agevolazioni, e la Sua capacità di amministrare qualsiasi agevolazione ottenuta. Ciò comprende di solito la revisione delle informazioni da parte dell’Agenzia di Stato che tratta il Suo caso e da parte delle persone responsabili del controllo della qualità presso la SSA. In alcuni casi le Sue informazioni possono anche essere riviste dal personale della SSA che tratta il Suo appello ad una decisione, o da investigatori per risolvere accuse di frode o di abuso, e possono essere usate in qualsiasi procedimento amministrativo, civile o penale annesso.

La firma di questo modulo è volontaria, ma la mancata firma o la revoca di questa autorizzazione prima che noi riceviamo le informazioni necessarie potrebbe ostacolare una decisione accurata o tempestiva in merito alla Sua richiesta, e potrebbe risultare nella negazione o nella perdita delle agevolazioni. Malgrado le informazioni che otteniamo grazie a questo modulo non vengono quasi mai usate per alcun altro scopo oltre a quelli sopra dichiarati, la SSA può divulgare senza il Suo consenso le informazioni, se autorizzata a farlo da leggi federali come il Privacy Act e il Social Security Act. Per esempio, la SSA potrebbe divulgare informazioni:

1. Per consentire ad una terza parte (per esempio, consulenti medici) o a un’altra agenzia governativa di assistere la SSA a stabilire i diritti alle agevolazioni e/o copertura della Previdenza Sociale;
2. Ai sensi della legge che autorizza il rilascio di informazioni provenienti dalla documentazione della Previdenza Sociale (per es., all’Ispettore Generale, ad agenzie di assistenza o a revisori federali o statali, o al Dipartimento per gli Affari dei reduci di guerra (VA));
3. Per ricerche statistiche ed attività di controllo necessarie ad assicurare l’integrità ed il miglioramento dei programmi di Previdenza Sociale (per es., all’Ufficio del Censimento e ad imprese private sotto contratto con la SSA).

La SSA non ri-divulgherà, senza il debito previo consenso scritto, informazioni: (1) relative ad alcolismo e/o tossicodipendenza come previsto in 42 CFR parte 2, o (2) da documentazione educativa per un minorenne ottenuti a norma del 34 CFR parte 99 (Family Educational Rights and Privacy Act (Legge sui diritti all’istruzione e sulla privacy della famiglia) (FERPA), o (3) riguardanti la salute mentale, invalidità dello sviluppo, AIDS o HIV.

Possiamo anche utilizzare le informazioni che Lei ci ha fornito quando confrontiamo i dati tramite computer. Programmi di confronto paragonano i nostri dati con quelli di altre agenzie governative federali, statali o locali. Molte agenzie possono utilizzare programmi di confronto per stabilire o provare che una persona è idonea al percepimento di agevolazioni versate dal governo federale. La legge ci permette di fare ciò anche senza il Suo consenso.

Presso qualsiasi ufficio della Previdenza Sociale potrà richiedere ed ottenere spiegazioni sulle possibili ragioni per cui le informazioni che Lei ci fornisce possono essere utilizzate o comunicate ad altri.

PAPERWORK REDUCTION ACT (LEGGE SULLA RIDUZIONE DELLA QUANTITÀ DEI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI)

Questa raccolta di informazioni è conforme al 44 U.S.C. (Codice USA) § 3507, emendato dall’articolo 2 del Paperwork Reduction Act del 1995. Lei non è tenuto a rispondere a queste domande se non mostriamo un numero valido dell’Office of Management and Budget Control (Ufficio dell’Amministrazione e Controllo del bilancio). Riteniamo che Le occorreranno circa 10 minuti per leggere le istruzioni, raccogliere i fatti e rispondere alle domande. **INVII O CONSEGNI IL MODULO COMPILATO ALL’UFFICIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE DELLA SUA ZONA. L’ufficio è elencato sotto le U.S. Government agencies (Agenzie governative USA) nell’elenco telefonico, oppure può chiamare la Social Security al numero 1-800-772-1213. Può inviare i Suoi commenti sulla stima del tempo necessario da noi fatta sopra a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. Invii a questo indirizzo soltanto commenti relativi alla nostra stima del tempo necessario, non il modulo compilato.**