

# ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ SSA-827

ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕВОДОМ НА РУССКИЙ ЯЗЫК ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ SSA-827 НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ИНВАЛИДНОСТЬ ВАМ СЛЕДУЕТ РАСПИСАТЬСЯ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ В АНГЛИЙСКОЙ ВЕРСИИ ДОКУМЕНТА SSA-827 И ВОЗВРАТИТЬ ЕГО В МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СЛУЖБЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SOCIAL SECURITY).

**Чьи данные подлежат раскрытию**

Пожалуйста, укажите Ваши имя, отчество, фамилию, номер социального обеспечения и дату рождения.

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В СЛУЖБУ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSA)

**\*\* ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СОДЕРЖАНИЕМ ДАННОГО ДОКУМЕНТА, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОСТАВИТЬ СВОЮ ПОДПИСЬ \*\***

Я добровольно разрешаю и прошу раскрытия и предоставления (в бумажной, устной или электронной форме)

**ЧЕГО** Всех медицинских записей, а также всех документов о моем образовании и прочей информации, относящейся к моей способности выполнять различные задания. Это включает в себя конкретное разрешение на раскрытие следующей информации:

1. Полной истории моей болезни и прочей информации, связанных с лечением, госпитализацией и амбулаторным лечением имеющихся у меня заболеваний, включая, но не ограничиваясь следующим:
  - Психологические, психические и иные умственные расстройства (исключая «психотерапевтические записи», как это определяется в 45 CFR 164.501)
  - Алкоголизм или злоупотребление наркотическими средствами или иными психоактивными веществами
  - Серповидноклеточную анемию
  - записи, указывающие на наличие заразных или незаразных заболеваний; и результаты анализов на ВИЧ/СПИД или медицинские записи о наличии ВИЧ/СПИДа
  - Нарушения, связанные с генами (включая результаты генных анализов)
2. Информации о том, каким образом мои заболевания влияют на мою дееспособность и активность в повседневной деятельности и на мою способность заниматься трудовой деятельностью.
3. Копий заключений или результатов проверки знаний, включая Индивидуализированные образовательные программы, переоценку за трехлетний срок, оценки психического состояния и уровня развития речи и все прочие записи, помогающие оценить функциональные возможности, а также копии результатов наблюдений и заключений педагогов.
4. Информации, возникшей в течение 12 месяцев с момента подписания данного документа, а также информации, накопленной ранее.

### КЕМ

- Всеми медицинскими источниками информации (больницами, клиниками, лабораториями, лечащими врачами, психологами и т.д.), включая медицинские учреждения психического здоровья, камеры предварительного заключения и тюрьмы, места по лечению от пристрастия к алкоголю и наркотическим средствам и медицинские учреждения Управления по делам ветеранов (VA)
- Всеми источниками информации в области образования (школами, преподавателями, заведующими учебной частью, консультантами и т.д.)
- Работниками социальной сферы / консультантами по реабилитации
- Инспекторами-консультантами, работающими для Социального обеспечения (SSA)
- Работодателями, страховыми компаниями, программами выплаты компенсаций рабочим
- Прочими лицами, которым может быть известно о моем состоянии (родственники, соседи, знакомые, официальные лица)

### КОМУ

Службе социального обеспечения и агентству на уровне штата, которому поручено рассмотрение моего заявления (как правило, называемому «Службой по определению нетрудоспособности»), включая контрактные службы по снятию копий с документов, а также врачам и другим профессиональным работникам, привлеченным к работе в качестве консультантов для рассмотрения заявления. [А также, для международных заявлений, местному отделению Государственного департамента США.]

### С ЦЕЛЮ

Определения моего права на получение пособия, включая рассмотрение суммарного эффекта моих заболеваний, которые по отдельности не подпадают под определение инвалидности, принятое в SSA; а также определения моей способности управлять средствами пособия.

Если рассматривается ТОЛЬКО Ваша способность управлять средствами пособия, в английской версии формы SSA-827 следует отметить квадратик слева. (Отмечать квадратик следует только в том случае, если это к вам относится.)

**СРОК ДЕЙСТВИЯ** Данное разрешение действительно в течение 12 месяцев со времени его подписания (дата указана под моей подписью).

- Я разрешаю использовать копии данного документа (включая электронные копии) для получения вышеуказанной информации.
- Я понимаю, что в определенных ситуациях информация может быть вторично передана другим лицам (см. стр. 2 для дополнительной информации).
- Я могу в любой момент в письменном виде отозвать данное мной разрешение из SSA и названных мной источников информации (см. стр. 2 для дополнительной информации).
- По моей просьбе SSA обязуется предоставить мне копию данной формы; я также могу обратиться к источнику информации с просьбой ознакомиться с предоставляемой им по запросу информацией или получить копию этой информации.
- Я ознакомился (ознакомилась) с информацией, изложенной на обеих страницах данного документа, и даю свое разрешение на предоставление указанной информации вышеперечисленными источниками.

**\*\*\* ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ, ИСПОЛЬЗУЯ ТОЛЬКО СИНИЕ ИЛИ ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА. \*\*\***

### ЛИЦО, предоставляющее разрешение на выдачу информации

Данное лицо должно поставить свою подпись и дату на этом документе и указать полностью свой домашний адрес и телефон (включая код города).

ЕСЛИ данный документ подписан не лицом, в отношении которого предоставляется информация, укажите основания для полномочий в подписании. Отметьте соответствующую графу в английской версии формы SSA-827, чтобы указать, является ли лицо, подписывающее данный документ, родителем несовершеннолетнего ребенка, его опекуном или иным личным представителем (объясните). Подпишите английский вариант формы SSA-827 в отведенном для этого месте в том случае, если по закону штата требуется две подписи.

**Свидетель:** В данном разделе английской версии формы SSA-827 лицо, лично знакомое с лицом, подписавшим данный документ, должно поставить свою подпись в качестве свидетеля и указать свой телефон или адрес. На бланке отведено также место для подписи второго свидетеля, если таковая необходима.

*Данное общее и специальное разрешение на предоставление информации было составлено на основе положений, регулирующих порядок предоставления медицинской, образовательной и прочей информации согласно P.L. 104-191 («HIPAA»); 45 CFR, части 160 и 164; Свода законов США 42, раздел 290dd-2; 42 CFR, часть 2; Свода законов США 38, раздел 7332; 38 CFR 1.475; Свода законов США 20, раздел 1232g («FERPA»); 34 CFR, части 99 и 300; и законодательства штата.*

## Пояснения к форме SSA-827, «Разрешение на предоставление информации в Службу социального обеспечения (SSA)»

Для того чтобы получить информацию, необходимую для рассмотрения Вашего заявления на получение пособия, и для определения Вашей способности управлять средствами пособия, требуется Ваше письменное разрешение. В соответствии с постановлением и действующим законодательством источники персональной информации могут выдать нам эту информацию только при наличии у них на это подписанного разрешения. Кроме этого, согласно закону о выдаче информации об определенных видах заболеваний и информации из образовательных источников требуется наличие специальной формы разрешения.

Вы можете предоставить это разрешение, подписав бланк формы SSA-827. В соответствии с федеральным законодательством информация о Вас может быть выдана источниками на основе единого подписанного Вами разрешения на предоставление всей имеющейся о Вас информации из всевозможных источников. Для обращения в каждый источник будет использоваться отдельная копия. Соответствующая организация (т.е. источник медицинской информации о Вас) не может выдвигать условия лечения, оплаты, регистрации, права на получение льгот, если Вы не подпишите настоящий бланк разрешения. В некоторых штатах и по правилам отдельных источников информации в разрешении должно конкретно указываться название источника, которому Вы предоставляете разрешение на выдачу личной информации. В подобных случаях мы можем попросить Вас подписать по одному экземпляру разрешения для каждого источника информации, и мы также можем связаться с Вами повторно в том случае, если нам потребуется Ваша подпись на дополнительных бланках документа.

Вы имеете право в любой момент отозвать данное Вами разрешение за исключением тех случаев, когда источник информации уже воспользовался данным Вами разрешением и предоставил информацию. Для отзыва разрешения следует подать письменное заявление в любое отделение Социального обеспечения. Рекомендуется также отправить копии заявления об отзыве разрешения на предоставление информации непосредственно в те источники информации, из которых Вы не желаете, чтобы информация была раскрыта; SSA может уведомить Вас о выявленных нами источниках информации, о которых Вы нам не сообщили. При рассмотрении Вашего заявления SSA может использовать информацию, предоставленную нам до отзыва Вами своего разрешения на предоставление информации.

По правилам SSA, обслуживание лиц с ограниченным знанием английского языка должно осуществляться на их родном языке или в предпочтительной для них форме общения в соответствии с Указом 13166 от 11 августа 2000 г. и Законом о предоставлении образования лицам, имеющим инвалидность (Individuals with Disabilities Education Act). SSA делает все возможное для предоставления Вам информации в форме SSA-827 на Вашем родном языке или предпочтительном для Вас языке общения.

### **ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ВКЛЮЧАЯ УВЕДОМЛЕНИЕ, ПРЕДПИСЫВАЕМОЕ ПОЛОЖЕНИЯМИ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ**

Вся собираемая SSA личная информация находится под защитой Закона об охране частной жизни от 1974 г. (Privacy Act of 1974). Как только информация будет предоставлена в SSA, на нее более не распространяются положения об обеспечении конфиденциальности медицинской информации CFR, часть 164 (согласно Закону США о переводе и сохранении медицинской страховки в случае смены застрахованным места работы (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA)). Персональная информация хранится в SSA в строгом соответствии с установленными

Управлением национальных архивов и записей (National Archives and Records Administration) сроками хранения информации. По истечении срока хранения документ уничтожается согласно положениям 36 CFR, часть 1228 об охране частной жизни.

Полномочия на сбор информации на форме SSA-827 предоставлены SSA разделами 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) и 1631 (e)(1)(A) Закона о Социальном обеспечении (Social Security Act). Информация, полученная посредством использования данной формы, предназначена для определения Вашего права, или непрерывного права на получение пособия и Вашей способности управлять любым предоставленным Вам пособием. Это, как правило, включает рассмотрение собранной информации агентством на уровне штата, которому поручено принять решение по вопросу о Вашей инвалидности, и работниками SSA по контролю за качеством обслуживания. В отдельных случаях Ваша информация может быть рассмотрена сотрудниками SSA, занимающимися вопросом по обжалованию принятого решения, или следователями, ведущими расследование дела по подозрению в обмане или злоупотреблении. Эта информация также может быть использована в любых судебных действиях административного, гражданского или уголовного порядка, связанных с вышеизложенным.

Подписание данной формы является добровольным, однако отказ от ее подписания или ее отзыв до получения нами всей необходимой информации могут воспрепятствовать принятию правильного и своевременного решения по Вашему делу и привести к отказу в предоставлении пособия или его утрате. Хотя сведения, которые мы получаем с помощью данной формы, почти никогда не используются ни для каких иных целей, отличных от указанных выше, эта информация может быть раскрыта SSA без Вашего согласия в случаях, предусмотренных федеральным законодательством, как то Закон об охране частной жизни (Privacy Act) и Закон о Социальном обеспечении (Social Security Act). Например, SSA может раскрыть эту информацию:

1. для оказания содействия третьей стороне (как то: консультирующий врач) или другому правительственному агентству, которые помогают SSA в определении наличия у Вас права на получение пособия/или срока действия по программам Социального обеспечения;
2. согласно законодательству, разрешающему раскрытие информации, хранящейся в архивах Социального обеспечения (как то: Генеральному инспектору, агентствам, предоставляющим помощь на уровне штата или федеральном уровне, или отделам по проверке на уровне штата или федеральном уровне, а также в Отдел по делам ветеранов (VA));
3. для статистических исследований и аудитных проверок, необходимых для обеспечения справедливости и повышения качества программ Социального обеспечения. (как то: в Бюро учета населения и в частные компании, сотрудничающие с SSA по контракту).

Без получения должного письменного разрешения SSA не может осуществлять повторного раскрытия информации: (1) связанной со злоупотреблением алкоголя и/или наркотических средств согласно 42 CFR, часть 2, или (2) полученной из источников обучения в отношении несовершеннолетнего лица согласно 34 CFR, часть 99 (Закон о правах семьи в области образования и охраны частной жизни (Educational Rights and Privacy Act - FERPA)), или (3) связанной с психическим здоровьем, умственной отсталостью, СПИДом и ВИЧем.

Предоставляемая информация также может использоваться для сопоставления компьютерных данных. Использование программ сопоставления данных позволяет сравнивать имеющиеся данные с данными, полученными из других федеральных, муниципальных правительственных органов и правительственных органов штата. Программы сопоставления данных могут использоваться многими правительственными органами для определения или проверки права заявителей на получение пособия из федерального бюджета. Подобная деятельность разрешена законом даже в том случае, если Вы возражаете против этого.

Вы можете получить разъяснение причины использования или передачи предоставленной Вами информации, обратившись в любое отделение Социального обеспечения.

### **ЗАКОН О СОКРАЩЕНИИ ОБЪЕМА БУМАЖНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

Сбор информации осуществляется в соответствии со Сводом законов США 44 (44 U.S.C.), § 3507, с поправками, внесенными Разделом 2 Закона о сокращении объема бумажной документации (Paperwork Reduction Act) от 1995 г. Вы не обязаны отвечать на поставленные вопросы при отсутствии вывешенного на видном месте действительного контрольного номера Департамента по вопросам управления и бюджету. По оценкам, на ознакомление с инструкциями, сбор необходимых фактов и ответы на вопросы у вас должно уйти примерно 10 минут. **ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК СЛЕДУЕТ ПРИСЛАТЬ ПО ПОЧТЕ ИЛИ ПРИНЕСТИ В МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.** Адрес отделения можно найти в телефонном справочнике в разделе учреждений федерального правительства США или позвонив в Социальное обеспечение по телефону 1-800-772-1213. *Свои комментарии по поводу оценки времени Вы можете выслать на адрес: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. На этот адрес следует высылать только комментарии, связанные с оценкой времени, а не сам заполненный бланк формы.*