W-298
(Rev. 1/11)

STATE OF CONNECTICUT – DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF INFORMATION

In order for the Department of Social Services (DSS) to use or disclose information it has about you in its records for a purpose that is not directly related to administration of its programs or not required by law or court order, you must complete and sign this form. Your record may include protected health information (PHI) relating to your past, present or future health condition; the provision of health care; or the past, present or future payment for the provision of health care.

Name of DSS Client:_____

I authorize DSS to disclose the information indicated below to: (name and address of person to receive information)

State of Connecticut Office of Policy and Management

450 Capitol Avenue, Hartford CT 06106

for the following purpose(s):

Verification of cash assistance received

(If you do not wish to state a purpose, you may write "at my request.")

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

☐ PHI* ☐ alcohol and/or drug treatment records** ☐ HIV related information*** ☒ financial

☒ DSS application and documentation relating to benefits received or receiving ☐ all information in record

☐ records maintained by the Bureau of Rehabilitation Services (BRS) ☐ 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 _____ (date) or upon _____ (event). (If use or disclosure of PHI is for research, including the creation and maintenance of a database, write "end of research study" or "none.")

Signature of Individual or Legal Representative (If a Legal Representative, attach copy of designation)	ID # or S.S. # of Individual	Date

Printed Name of Person Who Signed

Note to Recipient of Information:

* 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.

W-298
(Rev. 1/11)

ESTADO DE CONNECTICUT - DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

AUTORIZACION PARA REVELACION DE INFORMACION

Para que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) pueda utilizar o divulgar la información que tiene sobre usted en sus archivos para fines que no estén directamente relacionados con la administración de sus programas o que no sean dispuestos por ley u orden judicial, deberá completar y firmar este formulario. La información en los archivos puede incluir información de salud protegida (protected health information "PHI") con referencia a su condición de salud pasada, presente o futura; los servicios médicos prestados; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios médicos.

Nombre del Cliente de DSS:_____

Yo autorizo a DSS a revelar la información indicada más abajo a: (nombre y dirección de persona que recibirá información)

State of Connecticut Office of Policy and Management

450 Capitol Avenue, Hartford CT 06106

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

Verificacion de asistencia monetaria al contado del Departamento de Servisions Sociales.

(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):

☐ PHI* ☐ archivos de tratamiento de alcohol y/o tratamiento de droga alcohol** ☐ información relacionada a SIDA***

☒ financiero ☒ DSS solicitud y documentación asociado con beneficios recibido o recibiendo

☐ toda información archivos ☐ archivos mantenidos por el Departamento de Servicios de Rehabilitación (BRS)

☐ 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 _____ (fecha) o en _____ (evento) (Si el uso o la revelación de PHI es para los propósitos de investigación, incluyendo la creación y mantenimiento de un banco de datos, escriba "final de un estudio de investigación" o "ninguno".)

Firma del Individuo o Representante Legal (Si es un Representante Legal, adjunte copia de designación)	ID # o S.S. # de Individuo	Fecha
	Nombre en Imprenta de la Persona Que Firmó	

Nota a receptor(a) de información:

***** 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.

ESTA INFORMACION ESTA DISPONIBLE EN DIFERENTES FORMAS. TELEFONO (800) 842-1508 O TDD/TTY (800) 842-4524.