

Entrega de datos sobre mí y mi caso

Sección I

Nombre del caso	Número de caso (si hay)
-----------------	-------------------------

Al firmar esta forma, reconozco que _____ me está ayudando a solicitar beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas al dejar que:

- use una computadora que tiene conexión con el sitio web Your Texas Benefits de la HHSC de Texas. Puedo usar este sitio web para completar la solicitud de los programas de beneficios de la HHSC, como el Programa SNAP, TANF, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- trabaje con el personal o los voluntarios que me ayudarán a entender y solicitar los beneficios de la HHSC por medio del sitio web Your Texas Benefits. Sé que al hacer la solicitud por medio del sitio web, es posible que tenga que dar a la agencia mencionada antes datos sobre mí y mi familia, incluso datos sobre mi salud, para que me ayuden a llenar y presentar la solicitud.
- use otro equipo que quizás necesite para hacer la solicitud por medio del sitio web Your Texas Benefits. El otro equipo podría incluir una impresora, una copiadora, una máquina de fax, un teléfono o un escáner de documentos. Entiendo que, al usar estos artículos, es posible que tenga que dar al personal o a los voluntarios de la agencia mencionada antes información sobre mí y mi familia, incluso información sobre mi salud y mi caso.
- trabaje con el personal o los voluntarios que me ayudarán a encontrar información sobre mi caso o solicitud usando el sitio web Your Texas Benefits. Esto incluye ayudarme a verificar el estado de mi solicitud y datos sobre los beneficios de la HHSC que recibo, incluso cuándo empezarán y terminarán los beneficios. Entiendo que para obtener esta ayuda, tendré que divulgar al personal y a los voluntarios mi nombre de usuario, número de Seguro Social o de caso, y quizás tenga que dar información sobre mí y mi familia, incluso datos sobre mi salud y mi caso.

Entiendo que la agencia mencionada antes está actuando en mi nombre y no en nombre de la HHSC.

Sé que no tengo que firmar esta forma para:

- solicitar beneficios de la HHSC.
- estar aprobado para los beneficios de la HHSC.
- recibir servicios por medio de la HHSC.

Sin embargo, entiendo que tengo que comprender el contenido de la forma y firmarla para obtener ayuda de la agencia comunitaria asociada para solicitar beneficios de la HHSC.

Mi firma

Fecha

Sección II

Autorizo a la HHSC para que divulgue datos sobre mi caso a la siguiente persona o agencia. Entiendo que los datos sobre mi caso pueden incluir datos privados sobre mi salud.

Nombre del caso: _____

Agencia comunitaria asociada (si hay): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Marque una de las siguientes opciones:

- Divulgar el expediente completo de mi caso Divulgar solamente los siguientes datos del expediente de mi caso:

--

