

INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE SSA-827

CES INSTRUCTIONS EN FRANÇAIS SONT LA TRADUCTION DE LA VERSION ANGLAISE DU FORMULAIRE SSA-827. VOUS DEVEZ SIGNER ET DATER LA VERSION ANGLAISE DU SSA-827 ET LE RETOURNER À VOTRE BUREAU LOCAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR QUE VOTRE DEMANDE D'ALLOCATION HANDICAPÉ SOIT TRAITÉE.

PERSONNE dont les dossiers sont à transmettre

Veillez indiquer votre prénom, deuxième prénom et nom de famille, ainsi que votre numéro de sécurité sociale et votre date de naissance.

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS À LA SÉCURITÉ SOCIALE (SSA)

**** VEUILLEZ LIRE L'INTÉGRALITÉ DU FORMULAIRE AVANT DE SIGNER CI-DESSOUS ****

Je, soussigné, autorise et demande la divulgation (y compris par voie écrite, orale et électronique) :

DE Tous mes dossiers médicaux, ainsi que mon dossier scolaire et universitaire, accompagnés de toute autre information relative à mon aptitude à exécuter les tâches. Il s'agit notamment d'une autorisation spécifique de divulguer :

- Tous les dossiers et autres renseignements concernant mes traitements, hospitalisations et soins externes pour mon/ mes infirmité(s), y compris, mais sans toutefois s'y limiter pour :
 - Troubles psychologiques, psychiatriques et autres troubles mentaux (à l'exclusion des « notes de psychothérapie », définies dans 45 CFR 164.501)
 - Toxicomanie, alcoolisme et autre forme de toxicomanie
 - Drépanocytose
 - Des dossiers mentionnant la présence de maladies contagieuses ou sexuellement transmissibles, y compris notamment l'hépatite, la syphilis, la gonococcie et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), connu également sous le nom de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ; et les tests pour le VIH
 - Déficiences géniques (y compris les résultats des tests génétiques)
- Renseignements sur la manière dont ma ou mes infirmités affectent ma capacité à accomplir les tâches et activités de la vie quotidienne et ma capacité à travailler.
- Copies de tests et évaluations scolaires, y compris les Programmes éducatifs individualisés, les évaluations triennales, les tests psychologiques et de langage, ainsi que tout autre dossier pouvant aider à déterminer ma capacité à fonctionner ; également, observations et évaluations des enseignants.
- Informations générées dans les 12 mois suivant la date de signature de cette autorisation, ainsi que les informations antérieures.

AUPRÈS DE

- Toutes sources médicales (hôpitaux, cliniques, laboratoires, médecins, psychologues, etc.) y compris les centres de santé mentale, institutions correctionnelles, centres de traitement de la toxicomanie et les centres médicaux pour anciens combattants (VA)
- Toutes les sources éducatives (écoles, enseignants, administrateurs des dossiers, conseillers, etc.)
- Travailleurs sociaux / Conseillers en réadaptation
- Examineurs indépendants utilisés par la Sécurité Sociale
- Employeurs
- Autres personnes pouvant connaître mon état (famille, voisins, amis...)

À

La Sécurité Sociale (Social Security Administration) et l'agence de l'État autorisée à statuer sur mon dossier (généralement appelée « services de détermination du handicap »), y compris les services indépendants de reprographie, ainsi que les médecins et autres professionnels consultés au cours de ce processus. [De plus, pour les dossiers de personnes étrangères, les Établissements du Département d'État américain à l'étranger (U.S. Department of State Foreign Service Post).]

OBJET

Déterminer mon éligibilité aux allocations, y compris étudier l'effet combiné de toutes les infirmités qui, en elles-mêmes, ne constituent pas un handicap selon la définition de la Sécurité Sociale. Il s'agit également de déterminer si je suis capable de gérer ces prestations.

Cochez le cas échéant la case à gauche sur la version anglaise du formulaire SSA-827 si nous cherchons à déterminer si vous êtes **capable de gérer les allocations**.

EXPIRATION Cette autorisation est valable pour 12 mois à compter de la date de sa signature (sous ma signature).

- J'autorise l'utilisation d'une reproduction (y compris une reproduction électronique) de ce formulaire pour la transmission des informations décrites ci-dessus.
- Je comprends que, dans certaines circonstances, ces renseignements pourront être retransmis à des tiers (voir page 2 pour plus de détails).
- Je peux écrire à la Sécurité Sociale et à mes sources de renseignements pour révoquer cette autorisation à tout moment (voir page 2 pour plus de détails).
- La Sécurité Sociale me fournira une photocopie de ce formulaire si j'en fais la demande ; je peux demander à la source de renseignements de me laisser contrôler ou de me fournir une copie des documents devant être divulgués.
- J'ai lu les deux pages de ce formulaire et consens à la transmission de renseignements personnels me concernant par les sources de type énuméré sur ce formulaire.

VEUILLEZ SIGNER UNIQUEMENT AVEC DE L'ENCRE BLEUE OU NOIRE.

PERSONNE autorisant la divulgation

La personne doit signer et dater cette autorisation et indiquer son adresse postale, ville, État et code postal, ainsi que son numéro de téléphone précédé de l'indicatif.

Si ce formulaire n'est pas signé par la personne objet de la divulgation de renseignements, veuillez préciser le lien vous unissant à la personne concernée. Cochez la case correspondante sur la version anglaise du formulaire SSA-827 pour préciser si la personne signataire est le parent d'un mineur, le tuteur ou tout autre représentant personnel (expliquez). Signez le SSA-827 de version anglaise dans l'espace prévu à cet effet si deux signatures sont exigées par la loi de l'État.

TÉMOIN : Sous cette rubrique de la version anglaise du SSA-827, toute personne connaissant la personne signataire doit signer en tant que témoin et indiquer son numéro de téléphone ou son adresse. Il y a assez de place pour un deuxième témoin le cas échéant.

Cette autorisation générale et spéciale de divulgation respecte les dispositions concernant la divulgation de renseignements de caractère médical, éducatif ou autre, définies par P.L. 104-191 (« HIPAA ») ; 45 CFR alinéas 160 et 164 ; 42 U.S. Code section 290dd-2 ; 42 CFR part 2 ; 38 U.S. Code section 7332 ; 38 CFR 1.475 ; 20 U.S. Code section 1232g (« FERPA ») ; 34 CFR alinéas 99 et 300 ; et la loi de l'État.

**Explication du formulaire SSA-827,
« Autorisation de divulgation d'informations à la Sécurité Sociale (SSA) »**

Nous avons besoin de votre consentement écrit pour pouvoir réunir les renseignements nécessaires pour statuer sur votre demande et déterminer votre capacité à gérer ces allocations. Les lois et réglementations en vigueur exigent que les sources de renseignements personnels aient reçu une autorisation signée avant de nous transmettre les renseignements. De plus, les lois exigent une autorisation spéciale pour la divulgation de renseignements sur certains états médicaux et de sources éducatives.

Vous pouvez fournir cette autorisation en signant le formulaire SSA-827. La loi fédérale autorise les agences possédant des renseignements personnels sur vous à les transmettre si vous signez un unique formulaire autorisant la divulgation de toutes les informations vous concernant détenues par toutes les sources possibles. Nous ferons des photocopies de cette autorisation et la transmettrons à chacune des sources concernées. Les sources concernées (c'est-à-dire, les sources d'informations médicales sur vous) n'ont pas le droit de faire de votre signature de ce formulaire d'autorisation une condition des services médicaux, des paiements, de l'inscription ou de l'éligibilité aux prestations. Quelques États et certaines sources individuelles d'informations exigent que l'autorisation indique précisément le nom de la source que vous autorisez à divulguer des renseignements personnels. Dans ces cas-là, nous pouvons avoir à vous demander de signer une autorisation pour chaque source et nous vous contacterons en cas de besoin.

Vous avez le droit de révoquer cette autorisation à tout moment, sauf au cas où une source d'information se serait déjà basée sur cette autorisation pour entamer la procédure de transmission. Pour révoquer cette autorisation, adressez une lettre en ce sens à un bureau de la Sécurité Sociale quel qu'il soit. Dans ce cas, adressez également une copie de cette lettre de révocation à toutes les sources dont vous ne souhaitez plus qu'elles continuent à divulguer des renseignements personnels sur vous ; la Sécurité Sociale peut vous indiquer si nous avons identifié d'autres sources que celles que vous nous avez indiquées. La Sécurité Sociale peut néanmoins utiliser les renseignements divulgués avant révocation pour statuer sur votre demande.

La Sécurité Sociale a pour politique d'offrir aux personnes ne parlant pas ou peu anglais un service dans leur langue natale ou mode de communication préféré, conformément au décret Executive Order 13166 (11 août 2000) et à la loi Individuals with Disabilities Education Act. La Sécurité Sociale fait tout ce qui est en son pouvoir pour s'assurer que les informations contenues dans le formulaire SSA-827 vous sont fournies dans votre langue natale ou langue de préférence.

INFORMATIONS IMPORTANTES, Y COMPRIS L'AVIS OBLIGATOIRE EN VERTU DU PRIVACY ACT

Toutes les informations personnelles réunies par SSA sont protégées en vertu du Privacy Act (Loi sur la protection de la confidentialité) de 1974. Une fois que des renseignements médicaux ont été divulgués à la Sécurité Sociale, ils ne sont plus protégés par les dispositions sur la confidentialité des informations relatives à la santé de la réglementation CFR alinéa 164 (mandatée par la loi Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)). La Sécurité Sociale conserve les renseignements personnels en stricte conformité avec les durées de conservation définies en conjonction avec la National Archives and Records Administration. À la fin de la durée de vie d'un dossier, il est détruit conformément aux dispositions sur le respect de la confidentialité des renseignements personnels, précisées dans 36 CFR alinéa 1228.

La Sécurité Sociale est autorisée à réunir les informations du formulaire SSA-827 en vertu des sections 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) et 1631(e)(1)(A) du Social Security Act (Loi sur la Sécurité Sociale). Nous utilisons les informations contenues sur ce formulaire pour déterminer votre éligibilité, ou éligibilité prolongée, aux prestations, ainsi que votre capacité à gérer toutes prestations sociales qui vous sont versées. Cette utilisation comprend généralement l'étude de ces renseignements par l'agence d'État chargée de statuer sur votre dossier et le personnel responsable du contrôle de la qualité à la Sécurité Sociale. Dans certains cas, vos renseignements personnels peuvent également être consultés par des employés de la Sécurité Sociale chargés de statuer sur votre appel d'une décision ou par des inspecteurs pour statuer dans des cas de présomption de fraude ou d'abus. Ils peuvent aussi être utilisés dans toute affaire de poursuites administratives, civiles ou pénales.

Vous avez le droit de signer ou de ne pas signer ce formulaire, mais ne pas le signer ou le révoquer avant que nous n'ayons pu recevoir tous les renseignements nécessaires risque de retarder ou de fausser la décision sur votre dossier et d'entraîner un refus ou une perte de vos allocations. Bien que les informations fournies sur ce formulaire ne soient presque jamais utilisées à d'autres fins que celles énoncées ici, elles peuvent être divulguées par SSA sans votre consentement selon les dispositions prévues notamment par les lois fédérales du Privacy Act et du Social Security Act. Par exemple, la Sécurité Sociale peut divulguer ces informations :

1. Pour permettre à un tiers (par ex. médecins consultés) ou à une autre agence gouvernementale d'aider la SSA à déterminer l'éligibilité aux prestations de la Sécurité Sociale et/ou les droits ;
2. Conformément à la loi autorisant la divulgation de renseignements contenus dans les dossiers de la Sécurité Sociale (par ex., à l'Inspecteur général, aux agences ou auditeurs chargés des prestations fédérales ou d'État ou au Département des anciens combattants (Department of Veterans Affairs ou VA) ;
3. À des fins statistiques ou pour les activités d'audit nécessaires à assurer l'intégrité et l'amélioration des programmes de la Sécurité Sociale (par ex. aux services du recensement (Bureau of the Census) et autres intérêts privés sous contrat avec SSA).

La SSA ne retransmettra pas sans autorisation préalable écrite : (1) les informations concernant l'alcoolisme et/ou la toxicomanie selon l'article 42 CFR alinéa 2, ou (2) le dossier scolaire d'un mineur obtenu en vertu du 34 CFR alinéa 99 (Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)), ou encore (3) les informations concernant la santé mentale, les handicaps congénitaux, le SIDA ou le VIH.

Nous pouvons également utiliser les renseignements que vous nous donnez lorsque nous comparons les dossiers électroniquement. Ces logiciels servent à comparer nos dossiers avec ceux d'autres agences gouvernementales fédérales, locales ou d'État. De nombreuses agences peuvent avoir recours à ce type de programmes pour déterminer ou prouver l'éligibilité d'une personne à certaines allocations versées par le gouvernement fédéral. La loi nous autorise à procéder ainsi même sans votre consentement.

Vous pouvez obtenir des explications sur les raisons pour lesquelles les renseignements que vous nous fournissez peuvent être utilisés ou divulgués à des tiers en en faisant la demande à un bureau de la Sécurité Sociale.

LOI SUR LA RÉDUCTION DES TACHES ADMINISTRATIVES

La collecte de ces données est conforme aux critères de la loi 44 U.S.C. § 3507, amendée par la Section 2 du Paperwork Reduction Act de 1995. Vous n'êtes pas tenu de répondre à ces questions si nous n'avons pas de numéro de contrôle de l'Office of Management and Budget. Nous estimons qu'il vous faudra environ 10 minutes pour lire les instructions, réunir les informations et répondre aux questions. **ENVOYEZ OU APORTEZ LE FORMULAIRE DUMENT COMPLÉTÉ À VOTRE BUREAU LOCAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. Les coordonnées de ce bureau sont indiquées à la rubrique Agences gouvernementales de votre annuaire téléphonique. Vous pouvez également les obtenir en contactant la Sécurité Sociale au 1-800-772-1213 (numéro vert, téléscripneur : 1-800-325-0778).** Vous pouvez adresser vos commentaires sur notre estimation de la durée nécessaire pour remplir le formulaire à : SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Adressez uniquement à cette adresse vos commentaires relatifs à cette estimation, pas le formulaire lui-même.