

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ SSA-827

ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΑΣ ΔΙΝΟΥΝ ΤΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΓΓΛΙΚΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ SSA-827. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΕ, ΝΑ ΒΑΛΕΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ ΤΟ ΑΓΓΛΙΚΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ SSA-827 ΣΤΟ ΤΟΠΙΚΟ ΣΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.

ΠΟΙΑΝΟΥ το ιστορικό θα αναφερθεί;
Παρακαλούμε, δώστε μας το όνομά σας, πατρώνυμο και το επίθετό σας, τον αριθμό σας κοινωνικής ασφάλισης και την ημερομηνία γεννήσεώς σας.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (SSA)

**** ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΟΛΟΚΛΗΡΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΙΝ ΥΠΟΓΡΑΨΕΤΕ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ****

Οικειοθελώς εξουσιοδοτώ και ζητώ την αποκάλυψη (π.χ. γραπτών, προφορικών ή ηλεκτρονικών ανταλλαγών):

ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΠΡΑΓΜΑ Κάθε ιατρικό ιστορικό μου. Επίσης, κάθε εκπαιδευτικό ιστορικό μου και άλλες πληροφορίες που σχετίζονται με την ικανότητά μου να πραγματοποιώ οποιοσδήποτε δραστηριότητες. Αυτό συμπεριλαμβάνει την ειδική άδεια για αποκάλυψη:

- Όλα τα ιστορικά μου και άλλες πληροφορίες που αναφέρονται στη θεραπεία μου, στην εισαγωγή μου σε νοσοκομείο ή τη θεραπεία μου ως εξωτερικό ασθενή για την αναπηρία μου, περιλαμβάνοντας μεταξύ άλλων:
 - Ψυχολογική, ψυχιατρική ή άλλη διανοητική αναπηρία (εξαιρούνται οι "ψυχοθεραπευτικές σημειώσεις" όπως καθορίστηκαν στο 45 CFR 164.501)
 - Κατάχρηση ναρκωτικών, κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών
 - Δρεπανοκυτταρική αναιμία
 - Στοιχεία τα οποία μπορεί να καθορίζουν την παρουσία μεταδοτικών ή αφροδίσιων νοσημάτων, όπως μεταξύ άλλων ηπατίτιδας, σύφιλης, γονόρροιας και ιού ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) γνωστού επίσης ως σύνδρομου επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και τεστ για HIV
 - Αναπηρίες που σχετίζονται με τα γονίδια (όπως αποτελέσματα γενετικού τεστ)
- Πληροφορίες σχετικά με το κατά πόσο η αναπηρία μου επηρεάζει την ικανότητά μου εκτέλεσης των καθημερινών εργασιών και ασχολιών και επηρεάζει την ικανότητά μου εργασίας.
- Αντίγραφα των εκπαιδευτικών τεστ ή τεστ αξιολόγησης, όπως Εξατομικευμένα Εκπαιδευτικά Προγράμματα, τριετείς αποτιμήσεις, ψυχολογικές αποτιμήσεις και αξιολογήσεις ομιλίας καθώς και κάθε άλλο ιστορικό μου που θα μπορούσε να διευκολύνει την εκτίμηση της λειτουργικότητάς μου, καθώς και τις παρατηρήσεις και εκτιμήσεις διδασκάλων μου.
- Πληροφορίες που παρουσιάστηκαν τους τελευταίους 12 μήνες μετά την ημερομηνία υπογραφής αυτής της εξουσιοδότησης, καθώς και προηγούμενες πληροφορίες.

ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ

- Από όλες τις ιατρικές πηγές (νοσοκομεία, κλινικές, εργαστήρια, γιατρούς, ψυχολόγους κλπ) καθώς και ιδρύματα για ασθενείς με διανοητικές διαταραχές, σωφρονιστήρια, θεραπευτήρια για εθισμό και για βετεράνους.
- Από όλες τις εκπαιδευτικές πηγές (σχολεία, καθηγητές, διαιρητιστές ιστορικών, συμβούλους, κλπ).
- Από κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους αποκατάστασης.
- Από συμβουλευτικούς ελεγκτές που χρησιμοποιεί η Κοινωνική Ασφάλιση.
- Από τους εργοδότες.
- Από άλλους που γνωρίζουν την κατάστασή μου (οικογένεια, γείτονες, δημόσιοι λειτουργοί).

ΣΕ ΠΟΙΟΝ

Στη Διαχείριση Κοινωνικής Ασφάλισης και στον πολιτειακό φορέα που είναι εξουσιοδοτημένος να διεκπεραιώσει την υπόθεσή μου [συνήθως λέγεται "Υπηρεσία καθορισμού αναπηρίας" ("disability determination services")], όπως τις υπηρεσίες αντιγραφής συμβολαίων και γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας τους οποίους συμβουλευόμαστε κατά την επεξεργασία αυτή. [Επίσης, για διεθνείς αιτήσεις, στο U.S. Department of State Foreign Service Post (Υπουργείο Εσωτερικών, στο Τμήμα Διεθνών Υποθέσεων)].

ΣΚΟΠΟΣ

Να καθοριστεί το δικαίωμά μου για επιδόματα, και να εξεταστεί η συνδυασμένη επίδραση των αιτιών αναπηρίας μου, οι οποίες από μόνες τους κάθε μία δεν θα ανταποκρινόταν στον ορισμό αναπηρίας της Κοινωνικής Ασφάλισης, και κατά πόσο μπορώ να διαχειριστώ αυτά τα επιδόματα.

Σημειώστε το τετραγωνάκι στα αριστερά, στο αγγλικό έντυπο SSA-827 αν θα πρέπει να καθορίσουμε **έχετε τη δυνατότητα διαχείρισης των επιδομάτων σας.**

ΠΟΤΕ ΛΗΓΕΙ

Αυτή η εξουσιοδότηση ισχύει για 12 μήνες από την ημερομηνία υπογραφής της (κάτω από την υπογραφή μου).

- Εξουσιοδοτώ τη χρήση ενός αντίγραφου (και ηλεκτρονικού ακόμη) αυτού του έντυπου για την αποκάλυψη των πληροφοριών που αναφέρονται πιο πάνω.
- Καταλαβαίνω ότι υπάρχουν περιστάσεις όπου οι πληροφορίες αυτές θα αποκαλυφθούν και σε τρίτα πρόσωπα (δείτε τη σελίδα 2 για λεπτομέρειες).
- Θα μπορώ να γράψω στη SSA και στις πηγές μου για να ανακαλέσω αυτήν την εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή (δείτε τη σελίδα 2 για λεπτομέρειες).
- Η SSA θα μου δώσει ένα αντίγραφο αυτού του έντυπου αν το ζητήσω. Θα μπορέσω να ζητήσω από την πηγή να μου επιτρέψει να εξετάσω ή να λάβω ένα αντίγραφο των πληροφοριών που πρόκειται να αποκαλυφθούν.
- Διάβασα και τις δύο σελίδες αυτού του έντυπου και συμφωνώ με τις παραπάνω αποκαλύψεις από τις πηγές που αναφέρονται.**

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΜΟΝΟ ΜΕ ΜΠΛΕ Ή ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ.

ΑΤΟΜΙΚΗ εξουσιοδότηση αποκάλυψης

Το πρόσωπο πρέπει να υπογράψει, να βάλει ημερομηνία σ' αυτήν την εξουσιοδότηση και να δώσει τη διεύθυνσή του/της: οδός, πόλη, πολιτεία, κώδικα, καθώς και αριθμό τηλεφώνου με το αρχικό.

ΑΝ δεν υπογραφεί από το άτομο που παραδέχεται την αποκάλυψη, καθορίστε ποιος έχει το δικαίωμα να υπογράψει. Σημειώστε το κατάλληλο τετραγωνάκι στο αγγλικό έντυπο SSA-827 για να υποδείξετε αν το πρόσωπο που υπογράφει είναι γονέας ενός ανήλικου, κηδεμόνας ή κάποιος άλλος αντιπρόσωπος (εξηγήστε). Υπογράψτε το αγγλικό κείμενο SSA-827 στο χώρο που παρέχεται αν απαιτούνται δύο υπογραφές από την πολιτειακή νομοθεσία.

ΜΑΡΤΥΡΑΣ: Στο σημείο αυτό του αγγλικού SSA-827, κάποιος που γνωρίζει το πρόσωπο που υπογράφει το έντυπο θα πρέπει να υπογράψει ως μάρτυρας και να δώσει τον αριθμό τηλεφώνου του ή τη διεύθυνσή του. Υπάρχει χώρος και για δεύτερο μάρτυρα αν χρειάζεται.

Η γενική και ειδική αυτή εξουσιοδότηση αποκάλυψης δημιουργήθηκε για να συμφωνήσουμε με τους όρους που αναφέρονται στις αποκαλύψεις ιατρικών, εκπαιδευτικών και άλλων πληροφοριών, υπό το Νόμο P.L. 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR τμήματα 160 και 164; 42, Κώδικας ΗΠΑ, τμήμα 290dd-2; 42 CFR τμήμα 2; 38 Κώδικας ΗΠΑ, τμήμα 7332; 38 CFR 1.475; 20. Κώδικας ΗΠΑ, τμήμα 1232g ("FERPA"); 34 CFR τμήματα 99 και 300; και τον πολιτειακό νόμο.

Επεξήγηση του εντύπου SSA-827, “Εξουσιοδότηση αποκάλυψης πληροφοριών στη Διαχείριση Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA)”

Χρειαζόμαστε τη γραπτή σας εξουσιοδότηση για να μπορέσουμε να λάβουμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για την αίτησή σας για να λαβαίνετε επιδόματα και για να καθορίσουμε την ικανότητά σας διαχείρισης των επιδομάτων σας. Διάφοροι νόμοι και κανονισμοί απαιτούν από τις πηγές προσωπικών πληροφοριών να έχουν μια γραπτή εξουσιοδότηση πριν μας αποκαλύψουν αυτές τις πληροφορίες. Επίσης οι νόμοι απαιτούν ειδική εξουσιοδότηση για την αποκάλυψη πληροφοριών σχετικά με ορισμένες καταστάσεις και από εκπαιδευτικές πηγές.

Μπορείτε να δώσετε αυτές τις πληροφορίες υπογράφοντας ένα έντυπο SSA-827. Η Ομοσπονδιακή νομοθεσία επιτρέπει στις πηγές που έχουν ορισμένες πληροφορίες για σας να αποκαλύπτουν αυτές τις πληροφορίες αν υπογράψετε μια μοναδική εξουσιοδότηση που επιτρέπει την αποκάλυψη όλων των πληροφοριών των σχετικών με εσάς από όλες τις πηγές. Θα παράγουμε αντίγραφα για όλες τις πηγές. Μια εμπιστευτική οντότητα (δηλαδή μια πηγή ιατρικών πληροφοριών που σας αφορούν) μπορεί να μην καθορίζει τη θεραπεία, την πληρωμή, την εγγραφή ή την καταλληλότητα για επιδόματα, ανάλογα εάν υπογράψετε το έντυπο εξουσιοδότησης ή όχι. Ορισμένες Πολιτείες, και ορισμένες ειδικές πηγές πληροφοριών απαιτούν όπως η εξουσιοδότηση κατονομάζει ειδικά την πηγή που εξουσιοδοτείτε να αποκαλύψει πληροφορίες σχετικές με σας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα σας ζητήσουμε ενδεχομένως να υπογράψετε μια εξουσιοδότηση για κάθε πηγή και θα επικοινωνήσουμε και πάλι μαζί σας αν χρειαζόμαστε να υπογράψετε περισσότερες εξουσιοδοτήσεις.

Έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε οποτεδήποτε αυτήν την εξουσιοδότηση, εκτός αν μια κάποια πηγή στηρίζεται σ' αυτήν για να προβεί σε μια συγκεκριμένη ενέργεια. Για να ανακαλέσετε, στείλτε μια γραπτή δήλωση σε οποιοδήποτε γραφείο της Κοινωνικής Ασφάλισης. Σ' αυτήν την περίπτωση στείλτε επίσης ένα αντίγραφο κατευθείαν σε κάθε πηγή που θα επιθυμούσατε να μην προβεί σε νέες αποκάλυψεις σχετικά με σας. Η SSA μπορεί να σας πει αν προσδιορίσαμε ορισμένες πηγές για τις οποίες δεν μας αναφέρατε τίποτα. Η SSA μπορεί να χρησιμοποιήσει πληροφορίες που προηγούνται της ανάκλησής σας για να αποφασίσει σχετικά με την αίτησή σας.

Η πολιτική της SSA είναι να παρέχει υπηρεσίες στά άτομα που έχουν περιορισμένες γνώσεις της αγγλικής γλώσσας στη μητρική τους γλώσσα ή με τον ιδιαίτερο τρόπο επικοινωνίας που προτιμούν, σύμφωνα με την Εκτελεστική Διαταγή 13166 (11 Αυγούστου 2000) και τον Εκπαιδευτικό Νόμο περί Προσώπων με Ειδικές Ανάγκες. Η SSA καταβάλλει κάθε εύλογη προσπάθεια για να εξασφαλίσει ότι οι πληροφορίες στην SSA-827 σας παρέχονται στη μητρική σας γλώσσα ή στη γλώσσα της προτίμησής σας.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΜΟ ΠΕΡΙ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Όλες οι προσωπικές πληροφορίες που η SSA συγκεντρώνει προστατεύονται από το Νόμο περί του Απορρήτου του 1974. Μόλις κάποια ιατρική πληροφορία αποκαλυφθεί στην SSA, δεν προστατεύεται πια από τη διάταξη 45 CFR, τμήμα 164 για το απόρρητο, (τροποποιημένη από το Νόμο περί Διαθεσιμότητας και Υπευθυνότητας Ασφάλειας Υγείας [Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)]. Η SSA κρατά τις προσωπικές πληροφορίες, προσκολλημένη αυστηρά στις διατάξεις φύλαξης που εγκαθιδρύθηκαν και διατηρούνται σύμφωνα με τη Διαχείριση Εθνικών Αρχείων και Μητρώων. Μόλις περάσει ο κύκλος ζωής του ιστορικού, αυτό καταστρέφεται σύμφωνα με τις διατάξεις περί απορρήτου, όπως καθορίζονται στο 36 CFR τμήμα 1228.

Η SSA έχει εξουσιοδοτηθεί να συλλέγει τις πληροφορίες από το έντυπο SSA-827 από τα τμήματα 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) και 1631(e)(1)(A) του Νόμου περί Κοινωνικής Ασφάλισης. Χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες που λαβαίνουμε από αυτό το έντυπο για να καθορίσουμε το δικαίωμά σας για επιδόματα ή για συνέχιση επιδομάτων και την ικανότητά σας να διαχειρίζεστε τα επιδόματα που θα λαβαίνετε. Η χρήση αυτή περιλαμβάνει συνήθως μια ανασκόπηση των πληροφοριών από το πολιτειακό γραφείο που διεκπεραιώνει την περίπτωση σας και το προσωπικό εξέτασης ποιότητας της SSA. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι πληροφορίες σας μπορεί να εξεταστούν από το προσωπικό της SSA που επεξεργάζεται την έφεσή σας για κάποια απόφαση, ή από ειδικούς ερευνητές για την εξακρίβωση ισχυρισμών περί απάτης ή κατάχρησης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε σχετιζόμενη διαχειριστική, πολιτική ή ποινική άσκηση αγωγής.

Η υπογραφή αυτού του εντύπου είναι προαιρετική, αλλά, η άρνησή σας να το υπογράψετε ή αν το ανακαλέσετε πριν λάβουμε τις απαραίτητες πληροφορίες, θα μπορούσε να εμποδίσει τη σωστή και έγκαιρη απόφασή μας για την αίτησή σας και θα μπορούσε να επιφέρει άρνηση ή απώλεια επιδομάτων. Αν και οι πληροφορίες που λαβαίνουμε από αυτό το έντυπο δεν χρησιμοποιούνται σχεδόν ποτέ για άλλους λόγους εκτός από αυτούς που αναφέρονται παραπάνω, εντούτοις θα μπορούσαν να αποκαλυφθούν από τη SSA και χωρίς τη συγκατάθεσή σας αν εξουσιοδοτούνται από τους ομοσπονδιακούς νόμους, όπως το Νόμο περί Απορρήτου και το Νόμο περί Κοινωνικής Ασφάλισης. Για παράδειγμα, η SSA μπορεί να αποκαλύψει πληροφορίες:

1. Για να επιτρέψει σε τρίτο πρόσωπο (π.χ. συμβουλευτικούς γιατρούς) ή άλλους κυβερνητικούς παράγοντες να βοηθήσει τη SSA να εδραιώσει δικαιώματα σε επιδόματα ή και κάλυψη Κοινωνικής Ασφάλισης.
2. Σύμφωνα με το νόμο που εξουσιοδοτεί την αποκάλυψη πληροφοριών από τα αρχεία της Κοινωνικής Ασφάλισης (π.χ. στον Γενικό Επιθεωρητή, στους ομοσπονδιακούς ή πολιτειακούς παράγοντες ή ελεγκτές, ή στο Τμήμα Υποθέσεων Βετεράνων (VA)).
3. Για στατιστικές έρευνες και ελέγχους που είναι απαραίτητοι για τη διασφάλιση και βελτίωση των προγραμμάτων της Κοινωνικής Ασφάλισης (π.χ. το Γραφείο Απογραφών και ιδιωτικών επιχειρήσεων που έχουν συμβόλαιο με την SSA).

Η SSA δεν θα προβεί, χωρίς τη γραπτή σας συγκατάθεση, σε νέες αποκάλυψεις πληροφοριών: (1) που σχετίζονται με κατάχρηση οιοπνευματωδών ή και ναρκωτικών όπως αναφέρεται στο 42 CFR τμήμα 2, ή (2) που προορίζονται για το εκπαιδευτικό μητρώο ενός ανήλικου, οι οποίες αποκτήθηκαν σύμφωνα με το 34 CFR τμήμα 99 [Νόμος περί Οικογενειακών Εκπαιδευτικών Δικαιωμάτων και Απορρήτου (Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)], ή (3) που σχετίζονται με τη διανοητική υγεία, αναπηρία ανάπτυξης, AIDS ή HIV.

Ενδεχομένως να χρησιμοποιήσουμε επίσης τις πληροφορίες όταν διασταυρώνουμε διάφορα μητρώα με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, όταν διασταυρώνουμε προγράμματα και συγκρίνουμε τα αρχεία μας με αυτά των ομοσπονδιακών, πολιτειακών ή τοπικών αρχών. Πολλές αρχές χρησιμοποιούν τα προγράμματα για να βρουν ή να αποδείξουν ότι ένα πρόσωπο δικαιούται επιδομάτων που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Ο νόμος μας επιτρέπει να το κάνουμε, ακόμη και αν εσείς δεν συμφωνείτε με αυτό.

Επεξηγήσεις σχετικά με τους λόγους για τους οποίους οι πληροφορίες που μας δίνετε μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να αποκαλυφθούν διατίθενται, αν τις ζητήσετε, από οποιοδήποτε γραφείο Κοινωνικής Ασφάλισης.

ΝΟΜΟΣ ΠΕΡΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η συγκέντρωση πληροφοριών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ασφάλειας του Κώδικα 44 των ΗΠΑ παράγραφος §3507, όπως τροποποιήθηκε από το Τμήμα 2 του Νόμου περί Μείωσης Γραφικής Εργασίας (Paperwork Reduction Act) του 1995. Δεν είστε υποχρεωμένοι να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις εκτός αν αναγράψουμε στην αίτησή σας έναν έγκυρο αριθμό ελέγχου του Γραφείου Διαχείρισης και Χρηματοδότησης (Office of Management and Budget). Υπολογίζουμε ότι θα χρειαστείτε 10 λεπτά για να διαβάσετε αυτές τις οδηγίες, να συγκεντρώσετε τα απαραίτητα στοιχεία και να απαντήσετε στις ερωτήσεις. **ΣΤΕΙΑΤΕ Ή ΦΕΡΕΤΕ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟ ΤΟΠΙΚΟ ΣΑΣ ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ. Το γραφείο αναφέρεται υπό τον τίτλο U. S. Government agencies στον τηλεφωνικό σας κατάλογο ή μπορείτε να καλέσετε την Κοινωνική Ασφάλιση στον αριθμό 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).** Μπορείτε να στείλετε σχόλια για το χρόνο που εκτιμούμε πιο πάνω για τη συμπλήρωση του εντύπου στη διεύθυνση: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Στείλτε μόνο σχόλια σχετικά με το χρόνο που εκτιμούμε για τη συμπλήρωση του εντύπου σε αυτή τη διεύθυνση. Μη στείλετε το συμπληρωμένο έντυπο.