

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO SSA-827

ESTAS INSTRUÇÕES EM PORTUGUÊS CORRESPONDEM À VERSÃO EM INGLÊS DO FORMULÁRIO SSA-827. ASSINE, DATE E ENTREGUE A VERSÃO EM INGLÊS DO FORMULÁRIO SSA-827 NO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO SOCIAL MAIS PRÓXIMO PARA QUE POSSAMOS PROCESSAR O SEU PEDIDO DE INCAPACIDADE.

PESSOA cujos dados serão revelados

Preencha com o seu nome completo, o seu número de Seguro Social e a sua data de nascimento.

AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DO SEGURO SOCIAL (SSA)

**** LEIA O FORMULÁRIO NA ÍNTEGRA ANTES DE ASSINAR ABAIXO ****

Autorizo e solicito, voluntariamente, a divulgação dos meus dados (incluindo o intercâmbio de documentos por escrito, de forma verbal e por meios electrónicos):

DO QUE Todos os meus registos clínicos; além disso, registos de habilitações académicas e outras informações relacionadas com a minha capacidade de desempenhar funções. Isto inclui autorização específica para divulgar:

1. Todos os registos e outros dados referentes ao meu tratamento, hospitalização e atendimento ambulatorio da(s) minha(s) enfermidade(s), incluindo (mas não se limitando a):
 - Problemas psicológicos, psiquiátricos ou outras perturbações mentais (excluindo “anotações” de sessões de psicoterapia, conforme definido pela lei federal 45 CFR 164.501).
 - Toxicod dependência, alcoolismo ou consumo abusivo de outras substâncias.
 - Anemia falciforme.
 - Registos que por sua vez podem indicar a existência de uma doença contagiosa ou não contagiosa e testes ou registos de HIV/SIDA.
 - Doenças genéticas (incluindo resultados de exames genéticos).
2. Informações sobre como a(s) minha(s) enfermidade(s) afecta(m) a minha capacidade de realizar tarefas e actividades rotineiras diárias e como afecta(m) a minha capacidade para trabalhar.
3. Cópias de exames ou avaliações escolares, incluindo Programas de Educação Individualizados, avaliações a cada três anos, avaliações psicológicas e fonoaudiológicas e qualquer outro registo que possa servir de auxílio à avaliação de alguma função, além de avaliações e observações de professores.
4. Dados produzidos no período de 12 meses após a data de emissão e assinatura desta autorização, além de dados anteriores.

DE QUEM

- Todas as fontes de dados clínicos (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, psicólogos, etc.) incluindo saúde mental, atendimento médico carcerário, tratamento de dependências químicas e instituições de assistência médica para veteranos de guerra.
- Todas as fontes de dados educacionais (escolas, professores, secretarias, conselheiros, etc.).
- Assistentes sociais/de reabilitação.
- Examinadores empregados pela SSA.
- Entidades patronais, companhias de seguros, programas de indemnização de trabalhadores.
- Outras fontes de dados sobre as minhas condições (família, vizinhos, amigos, servidores públicos).

PARA QUEM

Para a Administração do Seguro Social e o órgão do estado autorizado a processar o meu caso (normalmente conhecidos como “serviços de determinação de incapacidade”), incluindo a contratação de serviços de cópia e médicos ou outros profissionais consultados durante o processo. [Em processos internacionais, destina-se também ao U.S. Department of State Foreign Service Post.]

COM QUE FINALIDADE

Determinar a **minha qualificação de condição para a recepção de pensões**, incluindo o exame do efeito conjunto de quaisquer outras deficiências que, isoladamente, não se enquadrariam na definição de incapacidade da SSA; e determinar a minha capacidade para administrar tais pensões.

Assinale o quadrado à esquerda no formulário SSA-827 em inglês caso estejamos APENAS a avaliar se dispõe de condições para administrar pensões (assinale apenas caso isto se aplique).

VALIDADE

Esta autorização tem a validade de 12 meses a contar da data de assinatura (indicada por baixo da minha assinatura).

- Autorizo a utilização de uma cópia (incluindo cópia electrónica) deste formulário para a divulgação das informações descritas acima.
- Estou ciente de que há circunstâncias em que essas informações podem ser reveladas a terceiros (consulte a página 2 para obter mais pormenores).
- Reservo-me o direito de comunicar por escrito, à SSA e às minhas fontes, a revogação desta autorização em qualquer altura (consulte a página 2 para obter mais pormenores).
- A SSA fornecer-me-á uma cópia deste formulário mediante pedido; reservo-me o direito de solicitar às minhas fontes autorização para inspeccionar ou ter acesso a uma cópia do material cedido.
- Li as duas páginas deste formulário e concordo com a divulgação descrita acima de dados provenientes das fontes mencionadas.

***** PARA ASSINAR, UTILIZE APENAS UMA CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA. *****

PESSOA que autoriza a divulgação dos dados

A pessoa tem de assinar e datar esta autorização e indicar o respectivo endereço, cidade, estado e código postal do local onde reside e também o seu número de telefone com indicativo.

SE não for assinado pela pessoa que estará sujeita à divulgação, especifique a qualificação da autoridade que assina. Assinale o quadrado correspondente no formulário SSA-827 em inglês para indicar se a pessoa que assina é pai, tutor ou outro representante (especifique) de um indivíduo menor de idade. Assine o formulário SSA-827 em inglês no espaço apropriado se a lei estatal exigir duas assinaturas.

Testemunha: Neste parágrafo do formulário SSA-827 em inglês, alguém que conheça a pessoa que estiver a assinar este formulário deve assinar como testemunha e fornecer o seu endereço ou número de telefone. Há espaço para uma segunda testemunha, caso necessário.

Esta autorização geral e especial de divulgação de informações foi redigida visando o respeito das cláusulas referentes à divulgação de dados médicos, escolares e outros dados segundo a P.L. 104-191 (“HIPAA”); 45 CFR, parágrafos 160 e 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR, parágrafo 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g (“FERPA”); 34 CFR, parágrafos 99 e 300; e a lei estatal.

Explicação do formulário SSA-827, “Autorização para a divulgação de informações à Administração do Seguro Social (SSA)”

Precisamos da sua autorização por escrito para nos ajudar a obter as informações necessárias para processar o seu pedido e para determinar a sua capacidade de administrar quaisquer pensões. A legislação exige que as fontes de dados pessoais nos forneçam apenas os dados com uma autorização assinada. A legislação também exige uma autorização específica para a divulgação de informações sobre determinadas condições e fontes de dados escolares.

Pode conceder essa autorização assinando um formulário SSA-827. A lei federal permite que fontes detentoras de informações divulguem as informações mediante a sua assinatura numa única autorização para a divulgação de todas as suas informações de todas as fontes possíveis. Faremos cópias da autorização para cada fonte. Uma entidade coberta (ou seja, uma fonte detentora de informações médicas sobre a pessoa em causa) não pode fazer com que o tratamento, pagamento, inscrição ou qualificação para benefícios estejam condicionados à sua assinatura deste formulário de autorização. Alguns estados e fontes de informações exigem que a autorização especifique o nome da fonte autorizada a fornecer os seus dados pessoais. Nesses casos, podemos pedir-lhe que assine uma autorização para cada fonte e podemos voltar a entrar em contacto consigo caso necessário, para que assine outras autorizações.

Tem o direito de revogar esta autorização em qualquer altura, mas não pode cancelar medidas já tomadas por uma fonte com base na autorização então existente. Para revogar a sua autorização, envie uma declaração por escrito para qualquer posto de atendimento do Seguro Social. Neste caso, envie também uma cópia directamente a qualquer uma das suas fontes cuja autorização deseja revogar; a SSA é capaz de o informar se for identificada qualquer fonte que não tenha autorizado. A SSA pode utilizar informações reveladas antes do cancelamento da autorização para decidir o seu pedido.

Faz parte da política da SSA prestar assistência às pessoas com competência limitada para se comunicarem em inglês, ajudando-as nos seus idiomas nativos ou outra forma de comunicação mais apropriada, de acordo com o Decreto Executivo 13166 (11 de Agosto de 2000) e com a lei “Individuals with Disabilities Education Act” (Lei Educativa para Pessoas com Deficiência). A SSA empreende todos os esforços razoáveis no sentido de garantir que as informações do formulário SSA-827 lhe sejam fornecidas no seu idioma nativo ou num idioma da sua preferência.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES, INCLUINDO O AVISO EXIGIDO PELA LEI DA PRIVACIDADE (PRIVACY ACT)

Todos os dados pessoais obtidos pela SSA são protegidos pela Lei da Privacidade (Privacy Act) de 1974. Depois de quaisquer dados clínicos serem revelados à SSA, os mesmos deixam de estar protegidos pelas cláusulas de privacidade de dados clínicos da lei federal 45 CFR, parágrafo 164 (segundo a lei “Health Insurance Portability and Accountability Act” – HIPAA). A SSA mantém os dados pessoais em total conformidade com as normas de manutenção estabelecidas e mantidas em conjunto com a Secretaria Nacional de Arquivos e Registos. No final do ciclo de vida de um determinado registo, o mesmo é destruído de acordo com as cláusulas de protecção da privacidade especificadas na lei federal 36 CFR, parágrafo 1228.

A SSA está autorizada a recolher as informações do formulário SSA-827 de acordo com as secções 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) e 1631 (e)(1)(A) da Lei do Seguro Social (“Social Security Act”). As informações obtidas neste formulário determinam a sua qualificação inicial ou continuada para a recepção de pensões e a sua capacidade para administrar quaisquer pensões recebidas. Isto inclui normalmente a análise das informações pelo órgão estatal que processa o seu caso e por equipas de controlo de qualidade da SSA. Em alguns casos, os seus dados também podem ser analisados por funcionários da SSA que processam o apelo de uma decisão ou por investigadores encarregues de resolver alegações de fraude ou abuso, e podem ser usados em qualquer procedimento administrativo, cível ou criminal relacionado com esses procedimentos.

A assinatura deste formulário é voluntária, mas a sua recusa em assiná-lo ou a revogação da sua autorização antes de recebermos as informações necessárias podem impedir que a decisão sobre o seu pedido seja feita de forma correcta ou dentro do prazo normal, podendo resultar na recusa ou na perda de pensões. Embora as informações obtidas com este formulário quase nunca sejam utilizadas para qualquer outro objectivo para além dos mencionados acima, as mesmas podem ser divulgadas pela SSA sem o seu consentimento nos casos permitidos pelas leis federais, como a Lei da Privacidade (Privacy Act) e a Lei do Seguro Social (“Social Security Act”). A SSA pode, por exemplo, divulgar informações:

1. Para permitir a assistência de terceiros (médicos consultores) ou outros órgãos do governo à SSA na definição dos direitos e/ou cobertura de pensões do Seguro Social;
2. De acordo com a lei que autoriza o fornecimento de informações dos registos do Seguro Social (por exemplo: ao Provedor Geral, a órgãos de assistência federal ou estatal ou a auditores, ou ao Departamento de Questões Referentes aos Veteranos de Guerra – VA);
3. Para actividades de investigação estatística e de auditoria necessárias para garantir a integridade e o aperfeiçoamento dos programas do Seguro Social (como a administração do censo e outros assuntos particulares nas relações com a SSA).

A SSA não procede à retransmissão de informações sem a devida autorização por escrito: (1) referente a alcoolismo e/ou toxic dependência de acordo com a lei federal 42 CFR, parágrafo 2, ou (2) de registos escolares de menores de idade, de acordo com a lei federal 34 CFR, parágrafo 99 (“Family Educational Rights and Privacy Act” – FERPA), ou (3) referente à saúde mental, limitações de desenvolvimento, SIDA ou HIV.

Também podemos utilizar as informações que nos fornecer para efectuar um cruzamento informático de registos. Programas de cruzamento de informações comparam os nossos registos com os registos de outros órgãos do governo federal, estatal ou local. Muitos desses órgãos podem utilizar programas de cruzamento de informações para localizar dados ou para provar que uma pessoa está habilitada a receber as pensões pagas pelo governo federal. A lei permite-nos essas medidas mesmo que você não esteja de acordo com as mesmas.

É possível obter esclarecimentos sobre os possíveis motivos pelos quais as informações que nos fornecer podem ser utilizadas ou fornecidas em qualquer posto de atendimento do Seguro Social.

LEI DE REDUÇÃO DA BUROCRACIA (“PAPERWORK REDUCTION ACT”)

Esta recolha de informações é feita de acordo com os requisitos da lei 44 U.S.C. § 3507 e da emenda da Secção 2 da Lei de Redução da Burocracia (“Paperwork Reduction Act”) de 1995. Não precisa de responder a estas perguntas, a menos que apresentemos um número de controlo da Secretaria da Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). Estimamos serem necessários cerca de 10 minutos para uma pessoa ler as instruções, analisar os factos e responder às perguntas. **ENVIE OU APRESENTE O FORMULÁRIO PREENCHIDO NO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO SOCIAL MAIS PRÓXIMO. É possível conhecer a respectiva localização através da relação de órgãos do governo americano (U. S. Government) da lista telefónica ou contactando o Seguro Social pelo número 1-800-772-1213. Pode enviar comentários sobre o nosso cálculo relativo ao tempo de preenchimento para: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. Envie apenas comentários relacionados com a nossa estimativa para este endereço; não envie o formulário preenchido.**