

**Autorización Estándar para el Cliente de la Agencia de Usuario de NMIS para Divulgar Información Básica**

Nombre de la Agencia de Usuario NMIS:

Apellido del Cliente:

Primer Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de Nacimiento:

No. de Seguro Social: (parcial aceptable)

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ (la agencia), como agencia de usuario del Sistema de Información Administrada por Nebraska (NMIS por sus siglas en inglés) y sus agentes contratados a divulgar mi información básica de identificación a NMIS y a todas las agencias de usuario de NMIS. Esta divulgación se hará al entrar la información en la base de datos de NMIS. Una vez que la divulgación se haya hecho con base de esta autorización, la información no se puede revocar y todas las agencias de usuario de NMIS actuales y futuras van a poder acceder, utilizar y divulgar la información. Las agencias de usuario de NMIS son proveedores de salud y servicios humanos, los cuales son permitidos por el NMIS a acceder y entrarlos en la base de datos de NMIS, que permite que ellos recopilen, compartan y utilicen información básica de identificación sobre los recipientes de los servicios.

Yo entiendo que la Agencia no puede condicionar decisiones sobre mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios o servicios en base de si firmo o no esta autorización. Una copia de esta autorización debe ser tan válida como la original. Yo entiendo que la información divulgada se sujeta a ser divulgada de nuevo por el recipiente y tal vez no siga siendo protegida por las regulaciones de privacidad federales, 45 CFR § 164 Subparte E.

La información básica de identificación autorizada a ser divulgada al NMIS para hacerse accesible a otras agencias de usuario de NMIS:

Fecha y Hora de Entrada en el NMIS	Permiso para Divulgar la Información
Primer Nombre, Apellido	No. de Seguro Social y Calificador
Estado de Seguro Médico	Fecha de Nacimiento
Género	Raza Principal
Origen Étnico	Idioma Principal
Tipo de Situación de Vivienda	Grado Escolar más Alto Alcanzado
¿Está Desamparado? (sí o no)	Relaciones Dentro del Hogar
Código Postal de la Última Residencia	Es Veterano del Ejército de EE.UU. (sí o no)

Yo entiendo que no tengo que participar en el NMIS. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, al hacerlo por escrito a la agencia de usuario de NMIS nombrada anteriormente. Una revocación de esta autorización será vigente excepto a la extensión de que la entidad divulgando la información ha tomado acción en base de esta autorización. Esta autorización se vence en \_\_\_\_\_ meses de la fecha en que la firme. Yo entiendo que la revocación o vencimiento de esta autorización no afectará la información que ya se ha entrado en la base de datos de NMIS con base de esta autorización.

Firma de autorización del Cliente

Fecha (mes/día/año)

También autorizo a la Agencia a divulgar información básica de información sobre mi(s) dependiente(s) al NMIS  
Nombre (s) de el/los Dependiente (s) que el guardián legal autoriza a participar en el NMIS:

Nombre # de Seguro Social -Fecha de Nacimiento

Nombre # de Seguro Social -Fecha de Nacimiento

Nombre # de Seguro Social -Fecha de Nacimiento

Nombre # de Seguro Social -Fecha de Nacimiento

Firma de autorización del Padre o Guardián Legal

Fecha (mes/día/año)

Nombre en letra de molde y parentesco al dependiente

Firma del Representante de la Agencia

Fecha (mes/día/año)

Nombre del Representante de la Agencia en letra de molde

✓ Descripción de la decisión informada: Explicación Verbal \_\_\_ Interpretado \_\_\_ Escrito \_\_\_