

Compartir datos sobre mi persona y mi caso con un socio de la comunidad

| Nombre del caso | Número del caso (de existir) | Primer nombre del solicitante | Apellido del solicitante | Fecha de nacimiento |
|-----------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------|
| | | | | |

Al firmar este formulario, yo entiendo que _____ me está ayudando a presentar mi solicitud para los beneficios de HHSC, al permitirme lo siguiente:

- Usar un dispositivo tal como una computadora o tableta que se conecte con el sitio web *Your Texas Benefits* de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés). Yo puedo usar dicho sitio web para solicitar acogerme a los programas de beneficios de HHSC tales como SNAP, TANF, Medicaid y el Programa de Seguro Médico del Niño (CHIP, por sus siglas en inglés).
- Trabajar con el personal o voluntarios que me ayuden a entender y solicitar los beneficios de HHSC a través del sitio web *Your Texas Benefits*. Entiendo que al presentar mi solicitud a través del sitio web, yo podría necesitar compartir hechos acerca de mi persona y mi familia, incluidos los hechos acerca de mi salud, con la agencia que figura más arriba, de manera que ellos me puedan ayudar a llenar y presentar el formulario de solicitud.
- Usar otro equipo que pueda necesitar para presentar mi solicitud a través del sitio web *Your Texas Benefits*. Dicho equipo puede consistir en una impresora, copiadora, equipo de facsimil, teléfono o escáner de material impreso. Entiendo que al usar dichos equipos yo podría necesitar compartir hechos acerca de mi persona y mi familia, incluidos los hechos acerca de mi salud, con la agencia que figura más arriba.
- Trabajar con el personal o voluntarios que me ayuden a encontrar los hechos acerca de mi caso o mi solicitud a través del sitio web *Your Texas Benefits* o a ponerme en contacto con HHSC a través de ellos. Esto incluye averiguar sobre el estatus de mi solicitud y acerca de los hechos relacionados con los beneficios de HHSC que obtenga, incluidos la fecha de inicio o finalización de mis beneficios. Entiendo que para obtener esta ayuda, yo tendré que compartir con dicho personal y los voluntarios mi apellido, número del Seguro Social o el número de caso, y yo podría necesitar compartir los hechos acerca de mi persona y mi familia, incluidos los hechos acerca de mi salud y mi caso.

Yo entiendo que la agencia que figura actúa en mi nombre y no en el nombre de HHSC.

Yo entiendo que no tengo que firmar este formulario para lo siguiente:

- Solicitar beneficios de HHSC.
- Obtener la aprobación de los beneficios de HHSC.
- Obtener servicios a través de los beneficios de HHSC.

Yo autorizo a HHSC a que comparta los hechos acerca de mi caso con la siguiente persona o agencia. Yo entiendo que los hechos acerca de mi caso pueden incluir información privada sobre mi salud.

Nombre del caso: _____

Agencia de socio comunitario (de existir): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

No. De teléfono y código de área: _____

Marque una de las siguientes respuestas:

- Yo solo comparto mi información personal para completar mi solicitud o para hacer cambios a mi caso de beneficios.
- Compartir mi información a través de la búsqueda hecha a través del sitio web YourTexasBenefits.com; números de caso, programas de beneficios, nombres de miembros del caso, cantidad de beneficios o estatus activo/inactivo de beneficios, fecha de inicio y fecha de renovación.
- Compartir todo mi expediente del caso.
- Compartir solo los siguientes hechos de mi expediente del caso:

Este acuerdo expira el día: _____
 (Este formulario expira al año de la fecha de la firma de no especificarse fecha.)

Entiendo que para obtener ayuda para solicitar los beneficios de HHSC de parte de la agencia del socio comunitario que figura más arriba, yo debo entender el contenido de este formulario y firmarlo.

Mi firma

Fecha

Si usted firma como representante legalmente autorizado (definido como una de las personas que siguen a continuación) de la persona cuyo expediente está siendo compartido, marque la casilla junto a la respuesta que mejor describa su autoridad para actuar en nombre de dicha persona. Es posible que también necesitemos que nos proporcione prueba de dicha relación.

- A uno de los padres o al tutor legal en el caso de un menor de edad.
- Al tutor legal si un juez determina que la persona no es competente para manejar sus propios asuntos personales.
- A un agente nombrado como apoderado de la persona en el ámbito de los servicios de salud con un poder duradero.
- La persona nombrada por la corte como apoderado ad litem.
- La persona nombrada por la corte como curador ad litem.
- Un representante personal o beneficiario legal si la persona falleció.
- El abogado contratado por la persona o por otra persona incluida en este formulario.
- Si la persona falleció, su representante personal debe ser el albacea, albacea independiente, administrador, administrador independiente o administrador temporal del patrimonio sucesorio.