

Authorization for Release and Disclosure of Personal Information

(Instructions to ADS staff: Original copy to information holder. Copy to recipient of information and case record.)

I authorize the Social Security Administration and/or Department of Social Services, and the Department of Labor to exchange my benefit and/or employment records with the Department of Aging and Disability Services (ADS) for the purposes of my application and receipt for vocational rehabilitation services.

I also authorize to share information within ADS programs and with the below external partner(s):

I authorize: (name & address of person/organization that will release the information) Date:

and

to release the information indicated below to:

to release the information indicated below to:

Purpose(s) of this release (check at least one):

This information is being requested or released by ADS for purposes associated with my eligibility for the provision of vocational rehabilitation services.

Other purpose:

The type of information covered includes all the below unless a category is crossed out:

Medical	HIV/AIDS
Hospital Records	Financial
Psychosocial	School and/or Transcript
Psychiatric	Employment History
Psychological	Alcohol and/or Drugs

Additional instructions to information holder:

Name of Individual	Date of Birth	
Signed (Individual)	If minor, signature of parent or guardian; conservator, if applicable	Relationship to Individual
<ul style="list-style-type: none"> I understand that the information I authorize a person, ADS, vendor, contractor or other state agency to receive may be disclosed in accordance with the terms of this document and other applicable laws and regulations. This authorization may be revoked by me at any time by notifying ADS in writing, except to the extent that action has been taken in reliance on it before that point. Unless expressly revoked earlier, this authorization expires as noted here (box to the right): 		<p style="text-align: center;">SPECIFY DATE, EVENT OR CONDITION: Until Federally Required Post Exit Data Collection is completed.</p>

Note to Recipient of Information: The confidentiality of this record is required under chapter 899 of the Connecticut general statutes. This material shall not be transmitted to anyone without written consent or other authorization as provided in the aforementioned statutes.

* **Alcohol and/or drug treatment records:** This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

** **HIV Related Information:** This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by state law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient.

Autorización para Liberar y Divulgar Información Personal

(Instrucciones para el personal de ADS: Copia original al titular de la información. Copia al destinatario de la información y al archivo del caso.)

Autorizo a la Administración de la Seguridad Social y/o al Departamento de Servicios Sociales, y al Departamento del Trabajo a intercambiar mis registros de beneficios y/o de empleo con el Departamento de Servicios para Ancianos y Discapacitados (ADS) para los fines de mi solicitud y recibir servicios de rehabilitación vocacional.

También autorizo a compartir información dentro de los programas de ADS y con los siguientes asociados externos:

Yo autorizo a: (nombre y dirección de la persona/organización que divulgará la información) Fecha:

y

a divulgar la información que se indica a continuación a:

a divulgar la información que se indica a continuación a:

Propósitos de esta divulgación (marque al menos uno):

- ADS solicita o divulga esta información para fines relacionados con mi elegibilidad para la prestación de servicios de rehabilitación vocacional.
- Otro propósito:

El tipo de información cubierta incluye todo lo siguiente a menos que se tache alguna categoría:

Médico	VIH/SIDA
Récorde de hospital	Financiero
Psicosocial	Escuela y/o Transcripciones
Psiquiátrico	Historial de Empleo
Psicológico	Alcohol y/o Drogas

Instrucciones adicionales para el titular de la información:

Nombre de la Persona	Fecha de Nacimiento	
Firmado por (Individuo)	Si es menor, la firma del padre o tutor, o el conservador, si corresponde.	Relación con la persona
<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que la información que yo autorizo a recibir a una persona, ADS, vendedor, contratista u otra agencia estatal puede divulgarse de acuerdo con los términos de este documento y otras leyes y regulaciones aplicables. Esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento notificando al ADS por escrito, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción previa confiando en ello antes de ese punto. A menos que se revoque expresamente antes, esta autorización expira como se indica aquí (recuadro a la derecha): 		<p>ESPECIFIQUE FECHA, EVENTO O CONDICIÓN: Hasta que se complete la recopilación de datos posterior a la salida requerida federalmente.</p>

Nota para el Destinatario de la Información: La confidencialidad de este registro se requiere bajo el capítulo 899 de las Leyes Generales de Connecticut. Este material no se transmitirá a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización, según lo dispuesto en los estatutos antes mencionados.

*** Récorde de tratamiento de alcohol y/o drogas:** Esta información le ha sido divulgada de récorde protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las regulaciones federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que obtenga expresamente un consentimiento de divulgación adicional por escrito de la persona a la cual le pertenece, o según sea permitido de otro modo por 42 CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.

**** Información relacionada con el VIH:** Esta información le ha sido divulgada a usted de récorde cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la cual le pertenece, o según lo permita la ley estatal. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente.