

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, AMBAS AS PÁGINAS, 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 eletrônicos):

DO QUE Todos os meus registros clínicos; além disso, registros acadêmicos e outras informações relacionadas à minha capacidade de desempenhar funções. Isto inclui autorização específica para divulgar:

1. Todos os registros e outros dados referentes ao meu tratamento, hospitalização e atendimento ambulatorial da(s) minha(s) enfermidade(s), incluindo, mas não se limitando a:

- Problemas psicológicos, psiquiátricos ou outras perturbações mentais (excluindo "psychotherapy notes [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 registros 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 atividades 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 (VA)
- 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 indenização 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 "disability determination services [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 (Posto do Serviço Exterior do EUA Departamento de Estado).]

PROPÓSITO

Determinar a minha elegibilidade para o recebimento 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 avaliando se dispõe de condições para administrar pensões.

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

- Autorizo a utilização de uma cópia (incluindo cópia eletrônica) 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 mais detalhes).
- Reservo-me o direito de comunicar por escrito, à SSA e às minhas fontes, a revogação desta autorização a qualquer momento (consulte a página 2 EXPLICAÇÕES DO FORMULÁRIO SSA-827). A SSA fornecer-me-á uma cópia deste formulário mediante pedido; reservo-me o direito de solicitar as minhas fontes autorização para inspecionar ou ter acesso a uma cópia do material cedido.
- **Li ambas as páginas deste formulário e concordo com a divulgação descrita acima de dados provenientes das fontes mencionadas.**

ASSINE APENAS COM CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA.

PESSOA que autoriza a divulgação dos dados

ASSINATURA A pessoa tem de assinar e datar esta autorização e indicar o respectivo número de telefone com DDD, endereço completo, cidade, estado e CEP.

SE não for assinado pela pessoa que estará sujeita à divulgação, especifique qual a natureza da autorização de quem 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: Nesta seção 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 às cláusulas referentes à divulgação de dados médicos, escolares e outros dados segundo a P.L. 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR, parts 160 e 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR part 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g ("FERPA"); 34 CFR parts 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 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.

Você 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 você) não pode fazer com que o tratamento, pagamento, inscrição ou qualificação para benefícios estejam condicionados a 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 contato com você caso necessário, para que assine outras autorizações.

Você tem o direito de revogar esta autorização a qualquer momento, 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 diretamente a qualquer uma das suas fontes cuja autorização deseja revogar; a SSA é capaz de informá-lo 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 Executive Order (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.

Lei da privacidade (PrivacyAct) - Coleta e utilização de dados pessoais

Sections 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(l) e 1631(e)(l)(A) da Social Security Act (Lei de Seguro Social), conforme retificação, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) e 1383(e)(l)(A)] nos autoriza a coletar estes dados. Usaremos as informações que você fornecer para nos ajudar a determinar a sua elegibilidade ou manutenção da elegibilidade para os benefícios, além da sua capacidade para gerenciar os benefícios recebidos. Os dados que você fornece são de forma voluntária. No entanto, a recusa em fornecer os dados solicitados pode nos impedir de tomar uma decisão precisa e oportuna sobre o seu pedido, podendo resultar em negativa ou perda de benefícios.

Raramente utilizaremos os dados que fornecer neste formulário para quaisquer outros fins que não sejam os motivos explicados acima. No entanto, poderemos utilizá-los para a administração e a integridade dos programas de Seguro Social. Poderemos também divulgar informações para outra pessoa ou para outra agência de acordo com as utilizações aprovadas de rotina, incluindo, mas não limitado ao seguinte:

1. Para permitir que um terceiro ou uma agência nos ajude a estabelecer direitos a prestações e/ou cobertura do Seguro Social;
2. Para o cumprimento das leis federais que exigem a liberação de informação dos nossos registos (por exemplo, a Government Accountability Office [Controladoria Geral], General Services Administration [Administração de Serviços Gerais], National Archives Record [Administração de Registos do Arquivo Nacional] e o Department of Veterans Affairs [Departamento de Assuntos dos Veteranos]);
3. Para determinações de elegibilidade em programas de manutenção de saúde e renda similares em âmbito Federal, Estadual e Municipal; e
4. Para facilitar a pesquisa estatística, auditoria, ou as atividades de investigação necessárias para garantir a integridade e a melhoria de nossos programas (por exemplo, para o U. S. Census Bureau [Departamento do Censo de EUA] e a entidades privadas que mantêm contrato conosco).

Poderemos também utilizar os dados que nos forneceu nos programas de correspondência de computador. Os programas de correspondência comparam nossos registos com os registos mantidos por outras agências Federais, Estaduais ou Municipais do governo. Usamos as informações provenientes destes programas para determinar ou confirmar a elegibilidade de uma pessoa para programas de benefícios financiados ou administrados em âmbito Federal, e para reembolso de pagamentos incorretos ou parcelas em atraso ao abrigo destes programas.

Uma lista completa dos usos rotineiros dos dados que nos deu está disponível em nossos Sistemas de Privacy Act Systems of Records Notices (Lei de Pirataria dos Avisos de Registos designado), Claims Folder System (Sistema de Pasta de Pedidos), 60-0089; Master Beneficiary Record (Registro Principal do Beneficiário), 60-0090; Supplemental Security Income record and Special Veterans benefits (registro de Renda de Seguro Complementar e benefícios Especiais dos Veteranos), 60-0103; e Electronic Disability (eDIB) Claims File (Arquivo de Pedidos Eletrônicos de Incapacidade, eDIB), 60-0340. Os avisos, informações adicionais relativas a este formulário e informações sobre os nossos sistemas e programas estão disponíveis on-line em www.socialsecurity.gov ou em qualquer posto de atendimento do Seguro Social.

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

Esta coleta de informações é feita de acordo com os requisitos da lei 44 U.S.C. § 3507 e da emenda da Section 2 da [Paperwork Reduction Act of 1995](http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-1995-08-01/pdf/95-15200a.pdf) (Lei de Redução da Burocracia de 1995). Você não precisa responder a estas perguntas, a menos que apresentemos um número de controle da Secretaria de Administração e Orçamento (Office of Management and Budget). Estimamos que serão 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.** Você pode encontrar o posto de atendimento do Seguro Social mais próximo no site da SSA em www.socialsecurity.gov. Os postos de atendimento também estão listados no índice de Agências do Governo Americano em sua lista telefônica, **ou pode ligar para o Seguro Social no telefone 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**. Você pode enviar comentários sobre nossa estimativa de tempo acima para: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. **Envie comentários somente relativos à nossa estimativa de tempo para este endereço, não o formulário preenchido.**