

Divulgar registros DE

NOMBRE (Nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)														
SSN														
FECHA DE NACIMIENTO														
									M	M	D	D	A	A

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL ESTUDIO RETAIN

**** POR FAVOR LEA EL FORMULARIO ENTERO, AMBAS PÁGINAS, ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN****

Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación del estatus de mi grupo en el estudio RETAIN por SSA al destinatario a continuación. Entiendo que la información que proporcione al inscribirme será usada por la SSA y el contratista de la SSA, Mathematica Policy Research, para asignarme a un grupo del estudio RETAIN.

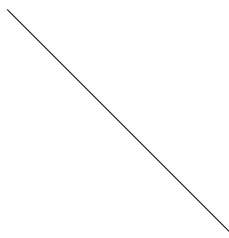
Entiendo que:

- Salvo que se retire expresamente, esta autorización es válida por la duración del estudio RETAIN.
- Puedo escribir a SSA para retirar esta autorización en cualquier momento. (Para retirar, envíe una declaración por escrito a Social Security Administration, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401, Attn: Jackson Costa.)
- Esta autorización se diferencia de cualquier consentimiento que firmo para participar en el estudio RETAIN, y que SSA es solamente responsable de asignar mi grupo de estudio y realizar una evaluación del estudio.
- SSA me dará una copia de este formulario si la pido.
- **Mi firma en este formulario indica que he leído ambas páginas de este formulario y acepto la divulgación por SSA del estatus de mi grupo en el estudio RETAIN a:**

****DESTINARIO**

**** DIRECCIÓN DEL DESTINARIO**

<p><u>POR FAVOR FIRME USANDO SOLAMENTE TINTA AZUL O NEGRA.</u></p> <p>PERSONA autorizando divulgación</p> <p>FIRME</p> <p>▶</p>	<p>Si no es la persona a la que pertenece la información solicitada, escriba su relación con esa persona (p. ej. padre, madre o tutor). Podemos requerir prueba de la relación.</p> <p>▶</p>						
<p>Fecha de la firma: _____ / _____ / _____</p>							
<p>Número de teléfono (con código de área) () _____ - _____</p>							
<p>Dirección postal: Calle / Número de apartamento</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ciudad</td> <td style="width: 33%;">Estado</td> <td style="width: 33%;">Código postal</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Ciudad	Estado	Código postal	_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Código postal					
_____	_____	_____					



Declaración de la Ley de Confidencialidad Recopilación y uso de información personal

La sección 1110 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos permite solicitar esta información. Es voluntario proporcionarnos esta información. Sin embargo, no proporcionar toda o parte de la información le impedirá que participe en el proyecto de demostración RETAIN.

Usaremos la información que proporcione para el proyecto RETAIN. También podemos compartir su información con los siguientes fines, llamados de usos rutinarios:

- A una organización independiente bajo contrato con la Administración del Seguro Social para la ejecución de actividades de gestión de proyectos directamente relacionadas con este sistema de registros; y
- A una agencia estatal de rehabilitación vocacional en el Estado donde vive la persona incapacitada, con el propósito de ayudar a la agencia a proporcionar a la persona asesoramiento de rehabilitación y servicios que son necesarios para realizar las demostraciones y experimentos.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Confidencialidad y otras leyes Federales. Por ejemplo, con autorización, podemos usar y divulgar esta información en programas informáticos de comparación, en los cuales nuestros registros son comparados con otros registros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios Federales y para el reembolso de deudas incorrectas o en mora bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Aviso de Sistemas de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0218 de la Ley de Confidencialidad, llamado el Sistema de proyectos de demostración y experimentos de Seguridad de Ingreso Suplementario y Seguro Social por Incapacidad, tal como se publicó en el Registro Federal (FR, por siglas en inglés) el 11 de enero de 2006, en 71 FR 1836. Más información, y un listado completo de nuestros SORNs, están disponible en nuestro sitio web en www.ssa.gov/privacy/.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No necesita responder a las preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB para esta recopilación es 1230-0014; de vencimiento 05/31/2022. Estimamos que leer las instrucciones y firmar el consentimiento llevará unos 5 minutos. Puede enviar comentarios acerca de nuestro estimado de tiempo a: Social Security Administration, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

Solamente envíe comentarios relacionados con nuestro estimado de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.