ពត៌មានសំខាន់អំពីជំនួយរយៈពេលខ្លី ស្តីពីថាមពល (ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) ។ | 关于能源补助计划的重要消息 | Важные сведения о программе помощи при оплате счетов за энергию | Información importante sobre un programa de asistencia para el pago de energía | Thông báo quan trọng về chương trình trợ giúp năng lượng

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PARA ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS (LIHEAP)

Para solicitar el beneficio de asistencia para energía, debe completar todas las preguntas del frente y reverso y firmar donde está la "X" de color rojo. Asegúrese de que su nombre y dirección completos estén escritos correctamente a continuación. En caso de no estar escritos correctamente, tache y ESCRÍBALOS correctamente con letra de imprenta en el espacio provisto a continuación. **TAMBIEN PUEDE SOLICITAR EL BENEFICIO EN LINEA EN WWW.COMPASS.STATE.PA.US.**

SU NOMBRE Y DIRECCIÓN

Dirección de su Oficina de Asistencia del Condado

Si no comprende estas instrucciones, comuníquese con la oficina de asistencia del condado de su área.

DHS USE ONLY

☐ CRISIS ☐ CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

☐ Rejected ☐ Approved

Date

1 Complete esta sección con los datos del jefe del grupo familiar.

*Use los códigos de la página 2 para ayudar a proporcionar los detalles.

Nombre (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social

Dirección particular (incluya calle y número, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)

Dirección postal, si es diferente (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4)

Condado en el que reside	Número de teléfono: ( )	Ciudadanía*	Raza (opcional)*	Grupo étnico (opcional)*	Estado civil*

¿Recibe beneficios del programa SNAP, Asistencia Médica o Asistencia Monetaria en la actualidad? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? ☐ Sí ☐ No

2 ¿Lee, escribe y entiende el idioma inglés? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no, ¿qué idioma lee, escribe y entiende? _____

3 Usted:

☐ alquila y los gastos de calefacción están incluidos

☐ alquila y los gastos de calefacción no están incluidos

☐ vive con este grupo familiar sin ser pariente

☐ alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción incluidos

☐ alquila una vivienda subsidiada/del programa "Section 8" con gastos de calefacción **no** incluidos

☐ es propietario o está comprando su vivienda

☐ Otros: _____

Si el gasto de calefacción está incluido en su alquiler, adjunte una nota del propietario que le alquila la vivienda en la que declare que el gasto de calefacción está incluido, así como el tipo de combustible utilizado.

4 ¿Cuál es su fuente principal de calefacción?

Escoja el tipo de energía que calienta su casa o que se está usando si su fuente de calor no funciona. Adjunte una copia de su último recibo o una carta de la compañía de luz o combustible que indique el tipo de combustible y que usted ha sido aceptado como cliente.

☐ Electricidad ☐ Gasóleo ☐ Carbón ☐ Gas natural ☐ Querosén ☐ Gas propano o envasado ☐ Combustibles mixtos ☐ Madera/Otros

4a ¿Necesita electricidad para el funcionamiento de su fuente de calor principal (calor secundario)? ☐ Sí ☐ No

5 Marque si algo de lo siguiente se aplica y explique si es necesario:

☐ Servicio de electricidad suspendido

☐ Servicio de gas suspendido

☐ Se acabó el combustible

☐ Tiene un aviso de suspensión para la electricidad

☐ Tiene un aviso de suspensión para el gas

☐ Se acabará el combustible en 15 días

☐ La fuente de calor principal no funciona

Explique: _____

_____

LIHEAP Low-Income Home Energy Assistance Program

COMPASS HAGA CLIC. SOLICITAR. BENEFICIO.

6 **¿Qué compañía de servicios públicos o proveedor de combustible desea usted que reciba su subsidio LIHEAP?** Especifique el nombre y dirección y la información de su cuenta.

Nombre de la empresa proveedora del servicio público o del proveedor de combustible	Número de cuenta
Dirección (incluya calle y número, ciudad, estado y código postal+4)	Nombre en la cuenta

7 Indique el nombre de su compañía de electricidad si no figura arriba.

Nombre de la empresa de electricidad	Número de cuenta

8 ¿Usa usted otra fuente de calor en su hogar? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **que sí**, explique: _____

9 Si vive en una vivienda subsidiada/pública, ¿recibe un cheque en concepto de asignación por servicios públicos? ☐Sí ☐ No
Si la respuesta **es sí**, ¿cuánto recibe? $ _____

10 ¿Alguien en su grupo familiar recibe asistencia económica por una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Sí la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

11 Enumere las personas que viven con usted en esta dirección. Incluya a todos los niños y adultos. Incluya a las personas que son parientes. Incluya a todas las personas que no son parientes, pero que comparten los gastos del grupo familiar. No incluya a ninguna persona que esté en la cárcel/prisión. No incluya al miembro del grupo familiar indicado en el bloque 1. Lea las instrucciones en la última página.

Use los códigos a continuación para ayudar a proporcionar los detalles para cada persona en su grupo familiar.

CIUDADANÍA*: (1) Ciudadano de los Estados Unidos, (2) Extranjero residente permanente, (3) Extranjero residente temporal, (4) Refugiado, (5) Otros –no elegibles para recibir beneficios
(Quienes no son ciudadanos de los EE.UU. deben proporcionar comprobantes de su estado migratorio.)

RAZA*: (opcional) (1) Negra o afroamericana, (3) Indígena norteamericana o nativa de Alaska, (4) Asiática, (5) Blanca, (7) Nativa de Hawái u otra de las Islas del Pacífico. Liste todos los grupos que correspondan.

GRUPO ÉTNICO*: (opcional) (1) No hispano, (2) Hispano o latino

ESTADO CIVIL*: (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Unión de hecho, (4) Separado/a, (5) Divorciado/a, (6) Viudo/a

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento** (MM/DD/AA)	**Sexo** M/F	**Número de Seguro Social**	**Ciudadanía***	**Raza*** (opcional)	**Grupo étnico*** (opcional)	**Estado civil ***	**Relación con usted**
Persona 1								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? ☐ Sí ☐ No					

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento** (MM/DD/AA)	**Sexo** M/F	**Número de Seguro Social**	**Ciudadanía***	**Raza*** (opcional)	**Grupo étnico*** (opcional)	**Estado civil ***	**Relación con usted**
Persona 2								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? ☐ Sí ☐ No					

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento** (MM/DD/AA)	**Sexo** M/F	**Número de Seguro Social**	**Ciudadanía***	**Raza*** (opcional)	**Grupo étnico*** (opcional)	**Estado civil ***	**Relación con usted**
Persona 3								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? ☐ Sí ☐ No					

Nombre y apellido (incluya apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento** (MM/DD/AA)	**Sexo** M/F	**Número de Seguro Social**	**Ciudadanía***	**Raza*** (opcional)	**Grupo étnico*** (opcional)	**Estado civil ***	**Relación con usted**
Persona 4								
¿Esta persona recibe beneficios en efectivo, de MA o SNAP? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es sí, ¿podemos usar los ingresos suyos que constan en nuestros archivos para esta solicitud? ☐ Sí ☐ No					

Si viven otras personas en su hogar, proporcione la información correspondiente de dichas personas en una hoja de papel adicional y envíela junto con esta solicitud.

▶ **Si su respuesta fue sí** a todo en la pregunta 11, pase a la pregunta 13. **Si su respuesta fue no** para alguien en la pregunta 11, complete la pregunta 12 para esa persona.

12 **Proporcione información sobre los ingresos de las personas de su grupo familiar.** Proporcione información sobre todos los ingresos, antes de impuestos y deducciones. **Los tipos/fuentes de ingresos incluyen dinero proveniente de:** empleo, beneficios para veteranos, compensación por desempleo, beneficios por neumoconiosis o pulmón negro, Seguro Social, manutención, compensación a trabajadores, intereses/dividendos, ingresos de alquileres.

Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?
Nombre de la persona con ingresos	Tipo/fuente del ingreso	Fecha de inicio	Fecha del primer cheque de pago	¿Cuánto por mes?

Usaremos la información sobre ingresos que nos proporcione para ver cuánto gana en un año. Envíe uno de los siguientes:

- **Envíe comprobantes de ingresos del mes anterior. (Por ejemplo: si presenta su solicitud en noviembre, envíe los de octubre. Estos ingresos se convertirán a una cifra anual).**
- **Si tuvo cambios importantes en sus ingresos en los últimos 12 meses (períodos de desempleo, cambios de trabajo, trabajo por temporada, etc.), envíe comprobantes de sus ingresos de los últimos 12 meses.**
- **Si no tuvo ningún ingreso el mes pasado, o si su ingreso es menor que el costo de sus necesidades básicas de mantenimiento mensual, debe informarnos por escrito cómo paga sus necesidades básicas de mantenimiento (comida, vivienda, artículos personales, etc.).**
- **Los comprobantes de ingresos incluyen: talones de pago de nómina, cartas de otorgamiento de beneficios, declaraciones de empleadores, etc.**

13 ¿Le interesa el servicio gratuito de aclimatación? Los servicios de aclimatación incluyen el aislamiento del hogar y la evaluación del sistema de calefacción. ☐ Sí ☐ No

14 ¿Está usted, o alguna persona de su grupo familiar, fugándose para evitar acciones legales o para evitar ser detenido por un delito, o por un intento de delito que sería clasificado como un delito grave? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

15 ¿Alguna de las personas está o ha estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta **es sí**, ¿quién? _____

Certificación

1. Mediante mi firma en esta solicitud le doy mi permiso al Departamento de Servicios Humanos (DHS) o a su agente autorizado para: (a) verificar cualquier información que proporciono relativa a mi residencia, mis empleos, ingresos, recursos, suministro de energía y proveedor de energía; (b) compartir información con mi proveedor de energía y recibir la información de mi proveedor de energía para permitir que el DHS obtenga un registro de mi información anual del consumo de energía, el costo y la facturación a efectos de la evaluación de programas, el funcionamiento o la elaboración de informes; y (c) completar encuestas relacionadas con la asistencia para energía.
2. Si no proporciona un número de Seguro Social o no completa el affidávit (o declaración jurada) de asistencia para energía a continuación, usted no es elegible para recibir los beneficios.

Affidávit de asistencia de energía

Certifico que: (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Proporcioné los números de Seguro Social de todos los miembros del grupo familiar.

☐ A mi leal saber y entender, estos miembros del grupo familiar no tienen números de Seguro Social:

_____ Nombre en letra de imprenta _____ Nombre en letra de imprenta

_____ Nombre en letra de imprenta _____ Nombre en letra de imprenta

☐ Los siguientes miembros del grupo familiar, en ejercicio de sus derechos según la Sección 7 de la Ley de Privacidad de 1974, se niegan a divulgar sus números de Seguro Social o no pueden hacerlo por ser víctimas de violencia doméstica:

_____ Nombre en letra de imprenta _____ Nombre en letra de imprenta

_____ Nombre en letra de imprenta _____ Nombre en letra de imprenta

3. Autorizo la divulgación de la Información de elegibilidad de LIHEAP a mis proveedores de energía o agencias de aclimatación o que ellos la divulguen con el fin de puedan solicitar asistencia, para la cual yo pueda ser elegible. La asistencia puede comprender recibir los beneficios de dinero en efectivo, de crisis o de aclimatación de LIHEAP.
4. Entiendo que tengo el derecho de apelar cualquier decisión o demora excesiva en la decisión que considere incorrecta con respecto a esta solicitud.
5. Declaro que mi residencia legal es en Pennsylvania.
6. Entiendo que el/los número(s) de Seguro Social provisto(s) será(n) utilizado(s) en la administración de este programa, incluyendo las referencias cruzadas con otros programas.
7. Entiendo que me enviarán una notificación de aprobación o de denegación y que, si soy aprobado, dicha notificación indicará la cantidad de mi beneficio.
8. También entiendo que si mi grupo familiar es aprobado para recibir un beneficio en efectivo del programa LIHEAP, el dinero se enviará directamente a la empresa que me provee los servicios públicos o al proveedor de combustible, a menos que yo sea inquilino/arrendatario y que el gasto de calefacción esté incluido en el alquiler, o que el combustible sea proporcionado por un proveedor que no acepta pago a proveedores.
9. Certifico que, sujeto a las penalizaciones previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.
10. Sé que si proporciono información falsa, puedo ser penado con multa o prisión.
11. Entiendo, al firmar esta solicitud, que quizas no sea aprobado debido a que el dinero del programa LIHEAP se haya agotado.
12. Si su hogar es elegible para LIHEAP, puede recibir un formulario de consentimiento Vía Rápida por correo que podría permitir que usted y los integrantes de su hogar se inscriban automáticamente en Asistencia Médica.

Firme aquí – Use tinta

X _____ Firma _____ Fecha

Solicite el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us

Recordatorio...

- ☐ Completar toda la información requerida de manera clara y completa.
- ☐ Proporcionar los números de Seguro Social de **todos** los miembros del grupo familiar o completar el affidávit (o declaración jurada) de asistencia para energía incluida en la sección Certificación en la página 3.
- ☐ Enviar comprobantes de su situación migratoria si usted no es ciudadano de los EE.UU.
- ☐ Enviar una copia del contrato de alquiler o una declaración escrita y firmada por su arrendador explicando cómo paga los gastos de calefacción, si usted alquila y los gastos de calefacción están incluidos.
- ☐ Si usted paga por su calefacción, envíe una factura de su fuente principal de calefacción. Adjunte una copia de su factura de servicios públicos fechada en un plazo de 2 meses de la fecha en que usted presentó su solicitud. Para otros combustibles debe proporcionar una factura/recibo de una compra a partir de enero de la temporada de calefacción anterior a la presente.
- ☐ Si desea que se envíe el pago a su proveedor de calefacción secundaria, adjunte una copia de sus facturas de calefacción principal Y secundaria.
- ☐ Enviar comprobantes de todos los ingresos del grupo familiar.

  Ejemplo: Si solicita en noviembre y envía:

  a) un mes de ingresos - enviar prueba para octubre, el mes anterior a la solicitud.

  b) 12 meses de ingresos - enviar prueba de noviembre del año anterior a octubre del año en curso.

  LOS COMPROBANTES INCLUYEN TALONES DE PAGO DE NÓMINA, CARTAS DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS, DECLARACIONES DE EMPLEADORES, ETC.
- ☐ Enviar una declaración explicando cómo su grupo familiar paga las necesidades básicas de mantenimiento (comida, alquiler, etc.), en caso de que nos haya informado que no tiene ingresos o que sus ingresos son inferiores al costo de sus necesidades básicas de mantenimiento.
- ☐ Firmar y fechar su solicitud.
- ☐ Enviar por correo su solicitud completa y todos los documentos a la oficina de asistencia del condado de su área. Si no está seguro dónde está esto, llame al 1-866-857-7095.

SI NO ENVÍA LOS COMPROBANTES QUE NECESITAMOS JUNTO CON ESTE FORMULARIO, NO PODREMOS PROCESAR SU SOLICITUD.

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

COMPASS
HAGA CLIC. SOLICITAR. BENEFICIO.

Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud impresa con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra **línea de ayuda** al número **1-800-692-7462.**
Para servicios de TDD, llame a PA Relay al 711.

Solicite el beneficio en línea en www.compass.state.pa.us

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ FORMA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE POR FAVOR.

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local County Assistance Office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译，请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quí vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quí vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានពត៌មានសំខាន់អំពីការរក្សាទុកជាសម្ងាត់នូវពត៌មានពេទ្យរបស់ណោកអ្នក។ បើណោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យដើលប្រើរបស់ណោកអ្នក។ ជំនួយខាងភាសានឹងផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجانًا.

El Departamento de Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, DHS) brinda y paga por muchos tipos de beneficios y servicios sociales. También nos encargamos de determinar la elegibilidad de las personas para recibir dichos beneficios y servicios. Para poder hacerlo, debemos recabar información médica y personal sobre usted y/o su familia. La información que obtenemos sobre usted y/o su familia es privada. A esta información la denominamos “información de salud protegida”.

El DHS no utiliza ni divulga la información de salud protegida a menos que esté permitido por ley o sea exigido por ley. Por ley, el DHS debe resguardar la privacidad de la información de salud protegida, debe notificar a las personas sobre sus obligaciones legales y las prácticas de privacidad relativas a la información de salud protegida y debe notificar a las personas afectadas en caso de violación de la confidencialidad de la información no segura de salud protegida. Como entidad regulada por esta ley, el DHS debe cumplir las leyes aplicables sobre la protección de la privacidad de su información de salud protegida, lo que incluye las normas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (en inglés, Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA). Según la Ley HIPAA, las agencias de Medicaid, ciertos planes de salud y proveedores de atención de salud son ejemplos de entidades reguladas que deben cumplir la Ley HIPAA. Las demás leyes que podrían aplicarse incluyen normas relativas a información confidencial sobre Asistencia Médica, otros beneficios, salud conductual, tratamiento/abuso de sustancias y VIH/SIDA. Cuando usamos o divulgamos la información de salud protegida, hacemos todos los esfuerzos razonables posibles para limitar su uso o divulgación al mínimo necesario para cumplir el fin que corresponda. Esta notificación explica su derecho a la privacidad de su información de salud protegida y cómo podemos utilizar y divulgar dicha información. Para mayor información sobre las prácticas de privacidad del DHS o para recibir otra copia de esta notificación, comuníquese con nosotros. Para información de contacto, consulte la sección “Preguntas o quejas” en la última página de esta notificación.

Por ley estamos obligados a cumplir los términos de esta notificación. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y de aplicar las nuevas disposiciones de la notificación a toda la información de salud protegida que mantenemos. Si realizamos algún cambio importante a nuestras políticas o procedimientos de privacidad, publicaremos una copia actualizada de la notificación en nuestro sitio web y/o le proporcionaremos una nueva notificación de privacidad por correo o personalmente. Usted puede solicitar y recibir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

¿Qué es la información de salud protegida?

La información de salud protegida es información sobre usted relacionada con una enfermedad o condición de salud física o mental, presente o futura, o sobre tratamientos o pagos por tratamientos, y que puede ser utilizada para identificarlo. Esta información incluye cualquier tipo de información, ya sea verbal o grabada en cualquier medio, que es creada o recibida por el DHS o por personas u organizaciones que tienen contrato con el DHS. Incluye información en formato electrónico y en cualquier otro formato o medio que puede identificarlo a usted, como por ejemplo:

- Su nombre (o nombres de sus hijos)
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Fecha de ingreso/alta
- Código de diagnóstico
- Número de teléfono
- Número de caso del DHS
- Número de Seguro Social
- Código del procedimiento médico

¿Quién puede ver y con quién se comparte mi información de salud?

Los profesionales del DHS, tales como los trabajadores sociales y personal de las oficinas de asistencia del condado y de los programas; y personas que trabajan fuera del DHS, tales como contratistas, personal de una organización de cuidado de la salud (Health Maintenance Organization – HMO), enfermeras, médicos, terapeutas, trabajadores sociales y administradores, pueden ver y utilizar su información de salud para determinar su elegibilidad para recibir beneficios, tratamientos, pagos o por otras razones permitidas o necesarias. Compartir su información de salud puede estar relacionado con servicios y beneficios que tuvo anteriormente, que recibe actualmente o que puede recibir en el futuro. El DHS no usará ni compartirá su información genética al decidir si usted es elegible para recibir Medicaid.

¿Por qué el DHS utiliza y divulga mi información de salud protegida?

Hay distintas razones por las cuales podemos usar o divulgar su información de salud protegida. La ley establece que podemos utilizar o divulgar información sin su consentimiento o autorización por las razones que se describen a continuación.

Para realizar tratamientos: podemos utilizar o divulgar información para que usted pueda recibir tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, podemos dar información que su médico, hospital o terapeuta necesitan saber para brindarle atención médica de calidad y para coordinar su tratamiento con otros profesionales o especialistas que también le brindan asistencia médica.

Para pagos: podemos utilizar o dar información para pagar sus gastos de tratamientos y otros servicios médicos. Por ejemplo, podemos intercambiar información con su médico, hospital, hogar para personas mayores, y con otras agencias del gobierno para pagar las facturas por su tratamiento y servicios.

Para la gestión de nuestros programas: podemos utilizar o divulgar información durante el cumplimiento habitual de nuestras funciones al administrar los distintos programas. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para comunicarnos con usted y proporcionar información sobre citas, información relativa a la salud, beneficios y servicios. También podemos analizar la información que recibimos de parte de su médico, hospital, hogar para personas mayores y otros proveedores de salud, para verificar cómo funcionan nuestros programas o para revisar la necesidad y calidad de los servicios de cuidado de la salud proporcionados a usted y/o su familia.

Para actividades de salud pública: proporcionamos información de salud pública a otras agencias del gobierno en relación con temas tales como enfermedades contagiosas, información sobre inmunización y seguimiento de ciertas enfermedades como el cáncer.

Para fines de aplicación de la ley y según lo requerido por procedimientos legales: divulgamos información a la policía y a otros agentes de la ley, según sea requerido por orden judicial.

Para programas del gobierno: podemos proporcionar información a un proveedor, una agencia del gobierno u otra organización que necesita saber si usted está inscrito en uno de nuestros programas o si recibe beneficios bajo otros programas tales como el Programa de Compensación a Trabajadores.

Por cuestiones de seguridad nacional: podemos proporcionar información solicitada por el gobierno federal cuando investigan algo importante para proteger a nuestro país.

Para proteger la seguridad y salud públicas: podemos divulgar información para prevenir amenazas graves a la salud o seguridad de una persona o del público en general.

Para investigaciones: podemos divulgar información con fines de investigación permitidos y para crear informes. Dichos informes no identifican a personas específicas.

Para jueces de instrucción, directores de empresas de servicios funerarios y donaciones de órganos: podemos proporcionar información a un juez de instrucción o a un médico forense con fines de identificación, determinación de causa de muerte, donación de órganos y otros motivos relacionados. También podemos divulgar información a directores de empresas de servicios funerarios para llevar a cabo tareas relativas a sepelios.

Por otros motivos exigidos por ley: el DHS podrá usar o divulgar su información de salud protegida en la medida que el uso o divulgación sea exigido por ley. El uso o divulgación se realiza en cumplimiento de la ley y se limita a los requisitos exigidos por ley.

¿Hay otras leyes que también protegen ciertos aspectos de mi información de salud?

El DHS también cumple otras leyes federales y estatales que brindan protección de privacidad adicional para el uso y divulgación de su información. Por ejemplo, si tenemos información sobre VIH o sobre abuso de sustancias, salvo unas pocas excepciones, no podemos proporcionarla sin el permiso especial por escrito y firmado de acuerdo a lo que estipula la ley. En algunos casos, la ley también nos exige obtener un permiso por escrito antes de usar o divulgar información relativa a la salud mental o discapacidades intelectuales y otras informaciones específicas.

¿Puedo pedir al DHS que utilice o divulgue mi información de salud?

A veces, es posible que usted necesite o quiera que su información de salud protegida sea enviada o de otra manera divulgada a alguna persona o a algún lugar por otras razones que no sean el tratamiento, pago, administración de nuestros programas o por otro motivo permitido o necesario que no requiera de su autorización escrita. En esos casos, podríamos pedirle que firme un formulario de autorización, para permitirnos enviar o de otra manera divulgar su información de atención de salud protegida, como usted lo solicita.

El formulario de autorización nos dice qué información enviaremos o divulgaremos de otra manera, a dónde y a quién. Usted puede revocar su autorización o limitar la cantidad de información que se divulgará en cualquier momento, informándonos por escrito sobre su decisión, excepto por las medidas que el DHS ya haya tomado al respecto de conformidad con dicha autorización.

Si usted es menor de 18 años de edad y por ley puede dar consentimiento sobre su propia atención médica, entonces tendrá el control de dicha información de salud. También puede hacer que su información de salud sea enviada a la o las personas que le están ayudando con su atención médica.

Salvo como se describe en la presente notificación, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización escrita. Por ejemplo, la Ley HIPAA por lo general exige que se obtenga una autorización escrita antes de que una entidad regulada por dicha ley pueda usar o divulgar las notas de las sesiones de psicoterapia de una persona. En la mayoría de los casos, la Ley HIPAA también exige que se obtenga una autorización escrita antes de que una entidad amparada pueda usar o divulgar la información de salud protegida para fines de mercadeo o antes de venderla.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información de salud?

Como cliente del DHS, usted tiene los siguientes derechos sobre la información de salud protegida que podemos utilizar y divulgar:

Derecho a ver y tener una copia de su información de salud: tiene el derecho de ver la mayor parte de su información de salud protegida y a recibir una copia de dicha información. Si desea tener copias de la información que tiene derecho a ver, es posible que se le cobre un cargo mínimo. Sin embargo, generalmente no podrá ver o recibir una copia de: (1) las notas de sesiones de psicoterapia o (2) la información que no se le puede proporcionar por ley federal.

Si denegamos su pedido de información de salud protegida, le proporcionaremos una explicación por escrito sobre dicha denegación y sus derechos respecto a la misma.

El DHS no recibe ni mantiene un registro de toda su información de salud protegida. Los médicos, hospitales, hogares para personas mayores y otros proveedores del cuidado de la salud (incluida una HMO si está inscrito en alguna) también pueden tener su información de salud protegida. Usted también tiene derecho a ver su información de salud a través de su médico u otro proveedor que tenga dichos registros.

Derecho a corregir o agregar información: si usted considera que parte de la información de salud protegida que tenemos es incorrecta, puede solicitarnos por escrito que corrijamos o agreguemos nueva información. Puede pedirnos que enviemos la información nueva o corregida a otras personas a quienes hayamos enviado su información de salud. En algunos casos, podemos denegar su solicitud para corregir o agregar información. Si denegamos su pedido, le proporcionaremos una explicación por escrito de los motivos por los cuales lo hicimos. También le explicaremos qué puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Derecho a recibir una lista de distribución: usted tiene el derecho a recibir una lista de los lugares donde su información de salud protegida ha sido enviada, a menos que fuese enviada por motivos relativos a un tratamiento, pagos, administración de nuestros programas o si la ley establece que no estamos obligados a agregar la información de distribución a la lista. Por ejemplo, no estamos obligados por ley a agregar a la lista ninguna divulgación que podamos haber hecho a usted, su familia o personas involucradas en su atención, a otras personas a quien usted nos autorizó a divulgar la información, ni la información divulgada antes del 14 de abril de 2003.

Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación: usted tiene derecho a solicitarnos restringir el uso y divulgación de su información de salud protegida. Es posible que no podamos cumplir su solicitud. De hecho, en algunos casos, no se nos permite restringir el uso o divulgación de la información. Si no podemos cumplir su solicitud, le informaremos por qué. Excepto cuando sea exigido por ley, debemos conceder su solicitud de restricción de divulgación a un plan de salud, si el propósito de la divulgación no es por tratamiento y los servicios médicos a los cuales se aplica la solicitud han sido pagados en su totalidad como desembolso personal.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: nos puede solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada forma o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente por correo.

Derecho a recibir una notificación en caso de violación de la confidencialidad: usted tiene el derecho a ser notificado en caso de violación de la confidencialidad de su información no segura de salud protegida.

¿A quién debo contactar por consultas sobre mis derechos o sobre esta notificación?

Puede comunicarse con la línea directa gratuita del DHS HIPAA al 800-692-7462 si tiene preguntas o consultas sobre sus derechos o sobre esta notificación. También puede comunicarse con su asistente social o proveedor de servicios de salud, o escribir a la Oficina de Privacidad del DHS a: Privacy Office, 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Puede recibir información importante o actualizaciones de esta notificación a través del sitio web del DHS en: www.dhs.pa.gov.

¿Cómo presento una queja?

Si desea presentar una queja sobre la forma en que el DHS ha utilizado o divulgado su información, puede comunicarse con cualquiera de las oficinas que se indican abajo. No hay ninguna penalización por presentar una queja. Sus beneficios no se verán afectados ni cambiarán si usted presenta una queja. El DHS y sus empleados y contratistas no pueden tomar ni tomarán ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

Vigente a partir de: Abril de 2003 – Actualizada el 28 de Julio de 2015

pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES