



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Sordera y Discapacidad Auditiva



PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY Solicitud de elegibilidad

La División para la Sordera y Discapacidad Auditiva de New Jersey (DDHH, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) proporciona dispositivos de asistencia gratuitos a personas con sordera o discapacidades auditivas a través del Programa de Distribución de Equipos (EDP, por sus siglas en inglés). Desde el año 1993, la DDHH ha puesto en marcha este programa para garantizar que los residentes de New Jersey con pérdida auditiva, tengan acceso a equipos críticos de telecomunicaciones y alertas vitales para la seguridad en el hogar. Al cumplir con los requisitos del programa, las personas reciben dispositivos de comunicación sin costo alguno. Los dispositivos están sujetos a disponibilidad y financiación.

Requisitos del programa:

- Debe tener una pérdida auditiva
- Debe ser residente de New Jersey
- Los ingresos totales combinados de la unidad familiar no deben superar el 400% del nivel federal de pobreza.

Número de personas viviendo en el hogar	Pautas de Pobreza Federal para el año 2026
1	\$63,840
2	\$86,560
3	\$109,280
4	\$132,000
5	\$154,720
*Por cada persona adicional, agregar \$22,720	Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (en inglés)

1. ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar? _____

SECCIÓN 1: Proporcione una copia de UN (1) documento de la Lista A O una copia de UN (1) documento de la Lista B Y una copia de UN (1) documento de la Lista C.

Lista A

Documentos que comprueben identificación y residencia

Elija uno de la siguiente lista

- Tarjeta de ID de NJ o municipio
- Licencia de conducir de NJ
- ID de estudiante de NJ
- Recibo de servicios públicos, celular o internet
- Estado bancario o de seguro
- Declaración de impuestos de los últimos dos años
- Recibo de pago del empleador
- Recibo de alquiler, arrendamiento, hipoteca
- Carta de la agencia de servicios sociales
- Carta del proveedor de atención médica
- Carta de una agencia gubernamental

Lista B

Documentos que comprueben identificación

Elija uno de la siguiente lista

- Tarjeta de ID estudiantil
- Expediente académico
- Pasaporte
- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir de otro país
- Tarjeta de ID consular
- Acta de nacimiento estadounidense de su hijo con su nombre
- Carta del IRS o ITIN
- Acta de matrimonio
- Decreto de divorcio
- Documento de tribunal estadounidense

Lista C

Documentos que comprueben la residencia

Elija uno de la siguiente lista

Carta firmada y fechada, incluyendo el nombre completo y el número de teléfono de la persona escribiendo la carta, de los siguientes:

- Arrendador
- Representante de la iglesia
- Proveedor médico
- Proveedor de servicios públicos
- Refugio que reconoce la residencia de NJ

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Solicitud

SECCIÓN 2: Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión. Escriba claramente, en letras mayúsculas y solo use tinta azul o negra. Corregir los errores con corrector líquido blanco

IMPORTANTE: Si el equipo es para un menor, complete esta solicitud en nombre del menor.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____ Pronombres: Ella Él Elle

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes / Día / Año

Número de teléfono: _____

Marque una: Celular Hogar Videollamada

Correo electrónico: _____

IMPORTANTE: Se usará el correo electrónico para proporcionar actualizaciones del seguimiento de UPS.

¿Cómo se identifica?: Sordera Discapacidad auditiva Sordera tardía

Nivel de pérdida auditiva: Leve Moderada Significativo

Idioma principal: Lenguaje de Señas Americano Inglés Español Otro: _____

Dirección postal:

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Dirección residencial (si es diferente de la dirección postal):

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, que cumpla los requisitos del programa y que la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta.

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

SECCIÓN 3: Si usted (o su cónyuge, si están casados y estén conviviendo), reciben ingresos de alguna de las fuentes que se indican a continuación, por favor introduzca el total de los ingresos anuales actuales en las casillas correspondientes. **NO INDIQUE LOS CÉNTIMOS.** Si usted o su cónyuge no reciben ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas a continuación, marque la casilla NINGUNA.

IMPORTANTE: Deberán adjuntarse a la solicitud copias de todos los documentos justificativos pertinentes. Los ingresos deben ser recientes y estar fechados en los últimos seis (6) meses. La fecha debe estar claramente visible.

1. Beneficios de seguro social (Neto)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
2. Prima de la Parte B de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
3. Prima de la parte D de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
4. Intereses (incluidos los exentos de impuestos)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
5. Dividendos	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
6. Distribuciones de IRA	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
7. Jubilación ferroviaria	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
8. Veteranos	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
9. Otras pensiones	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
10. Anualidades	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
11. Salario (bruto, antes de las deducciones de la nómina)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____
12. Otros ingresos no mencionados anteriormente: (especificar)	<input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ _____ \$ _____

División para la Sordera y Discapacidad Auditiva de New Jersey
Programa de Distribución de Equipos

<input type="checkbox"/> Alquiler neto			
<input type="checkbox"/> Indemnizaciones laborales			
<input type="checkbox"/> Manutención			
<input type="checkbox"/> **Otro			
** Identifique la fuente de "otros" ingresos: _____			

Certificado de Discapacidad

SECCIÓN 4: Esta sección de la solicitud se debe completar por el proveedor tratante. Proveedor, por favor verifique y certifique que el solicitante se beneficiará del uso de la tecnología solicitada.

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Por favor, siga las instrucciones para asegurar que la solicitud sea procesada con rapidez y precisión. Escriba claramente, en letras mayúsculas y solo use tinta azul o negra. Corregir los errores con corrector líquido blanco

Nombre del solicitante: _____

Información del proveedor:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Información de negocio:

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Número de certificación/licencia: _____

Fecha de expiración (mes/día/año): _____

Profesión del proveedor:

- Doctor/Médico
- Audiólogo
- Especialista en dispositivos auditivos del habla
- Patólogo
- Otro (por favor describa):

Firma: _____

Fecha: _____

Condiciones de Aceptación

SECCIÓN 5: Revise la siguiente sección en su totalidad

Entiendo y acepto lo siguiente (por favor, inicie cada línea para confirmar comprensión y acuerdo):

_____ El equipo es propiedad del Estado de New Jersey. No venderé, empeñaré, daré ni prestaré el equipo a personas ajenas a mi hogar. Si lo hago, entiendo que puedo ser procesado criminalmente.

_____ Si la solicitud del equipo es para un menor, todos los equipos, obligaciones y responsabilidades serán transferidos cuando cumplan los 18 años.

_____ El DHS y la DDHH no son responsables por cualquier o todos los reclamos, daños, y gastos que surjan del uso o mal uso del equipo por mi o cualquier otra persona.

_____ Se requiere firma para la entrega.

_____ La DDHH envía por correo electrónico la información de seguimiento, entiendo que soy responsable del seguimiento de la entrega.

_____ DDHH no se hace responsable de los paquetes que puedan ser perdidos o robados, voy a monitorear la entrega para garantizar la recepción.

_____ Después de tres (3) intentos de entrega, el servicio de envío devolverá el equipo al remitente.

_____ Si no proporcionó cambios en la información, incluyendo, pero no limitado a un cambio de dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico a la DDHH, el envío se puede retrasar.

_____ El DHS y la DDHH no son responsables de planes de servicio o facturas asociadas con el equipo.

_____ La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura, se recomienda adquirir una funda protectora si procede.

_____ Si el equipo no está funcionando, **no** trate de repararlo o desarmarlo.

_____ Si el equipo es devuelto y la DDHH de NJ determina que ha sido dañado, **no** se permitirá un reemplazo.

_____ Los equipos sólo se sustituirán si están dentro del periodo de garantía.

_____ Si el equipo es reportado como perdido, **no** se permite un reemplazo.

_____ Si el equipo es robado o dañado por alguien que no sea yo, se debe presentar una denuncia policial y una copia de la denuncia se debe proporcionar a la DDHH antes de que se permita un reemplazo.

_____ Antes de una mudanza fuera del estado, me pondré en contacto con la DDHH para arreglar la devolución del equipo.

_____ Debo hacer arreglos para devolver el equipo si yo no puedo hacerlo.

_____ Hay una espera de cinco (5) años antes de solicitar equipo idéntico. Puedo volver a solicitar equipo idéntico después de cinco (5) años.

_____ Hay un límite de un (1) equipo idéntico por solicitud.

_____ Hay un límite de un (1) dispositivo inalámbrico por solicitud.

_____ Si elijo un Smartphone, se requiere un plan de servicio celular. Todos los Smartphones ofrecidos en este programa están “desbloqueados” para que la persona pueda elegir un proveedor de servicios de su elección.

_____ Yo soy responsable del costo del plan de telefonía móvil. Los solicitantes que necesiten un servicio de Internet de bajo costo pueden ser elegibles a través de [LifeLine: Home - Universal Service Administrative Company \(lifelinesupport.org\)](http://LifeLine: Home - Universal Service Administrative Company (lifelinesupport.org))

_____ Las tabletas son sólo Wi-Fi y no requieren un plan de servicio.

_____ La DDHH no proporciona fundas protectoras para los dispositivos inalámbricos. Los dispositivos se pueden romper si se caen. La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura.

_____ Es contra la ley presentar declaraciones falsas. Si proporciono declaraciones falsas en esta solicitud o con respecto al equipo, entiendo que puedo ser procesado penalmente.

_____ Si no sigo estas Condiciones de Aceptación, se me puede negar el beneficio de tener el equipo ofrecido por la DDHH de New Jersey.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

SECCIÓN 6: DISPOSITIVOS DISPONIBLES. SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.



Sonic Alert HA360MK-II

- Incluye unidad principal HomeAware HA360M-II con detector de humo/monóxido de carbono integrado
- Incluye botón de timbre HA360SA
- Incluye agitador de cama HA360V-II
- Pantalla de alerta desplazable de 2 pulgadas
- Notificaciones sonoras, de vibración y estroboscópicas
- Alarma acústica de hasta 105 dB
- Alertas personalizables
- Accesible a través de la aplicación para smartphone disponible
- Funciona con la radio meteorológica y el sistema de seguridad doméstico
- Un (1) año de garantía



Sonic Alert HA360B

- Complemento opcional del Sonic Alter HA360MK-II
- Se conecta a la unidad principal, los transmisores y los receptores de HomeAware
- Luz estroboscópica de alta luminosidad para una máxima visibilidad
- La batería completamente cargada dura 48 horas
- Carga completa en dos (2) horas
- Un (1) año de garantía



Sistema de Notificación de Alerta de Entrada ADA

- Sistema autónomo para alertas telefónicas y de entrada en casa, y despertador totalmente operativo
- Sonidos fuertes, luces intermitentes brillantes y fuertes vibraciones en la cama
- Cubre hasta 260 pies de campo abierto
- Hasta 5 años de duración de la batería
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

SECCIÓN 7: DISPOSITIVOS DISPONIBLES. SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.



Agitador de cama Bluetooth portátil Vibio

- Agitador de cama inalámbrico de viaje
- Se conecta directamente a un teléfono móvil o tableta, mediante Bluetooth
- Alertas táctiles y visuales de llamadas entrantes y mensajes de texto
- Potencia de vibración ajustable de suave a fuerte
- Configura hasta 10 multialarmas
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días



Reloj despertador ADA Pro

- Reloj despertador con agitador de cama
- Sonidos fuertes ascendentes, con diferentes frecuencias
- Luces intermitentes brillantes
- Potentes vibraciones
- Alarma fácilmente ajustable
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días



Nighthawk 900-0230

- Alarma de monóxido de carbono
- Pantalla digital
- Lectura digital continua
- Diez (10) años de garantía



Clarity D714

- Teléfono inalámbrico amplificado
- Amplifica el sonido entrante hasta 40 dB
- Botones retroiluminados extra grandes
- Altavoz en el teléfono inalámbrico
- Enganche para cinturón y toma del teléfono de 2.5 mm
- Elimina la interferencia y la distorsión
- Compatible con audífonos
- Un (1) año de garantía

SECCIÓN 9: DISPOSITIVOS DISPONIBLES. SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.



Sistema de auditivo de TV ADA Maxi Pro

- Sistema auditivo Bluetooth tres (3) en uno (1)
- Digital, amplificación para conversaciones, teléfono móvil y TV
- Incluye auriculares estéreo con micrófono, con transductores semicerrados que ofrecen un sonido nítido
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días



Bucle de Cuello Comfort Audio

- Bucle para el cuello ligero y fácil de usar
- Equipado con bobina en T
- Amplificación y enfoque para las conversaciones
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días



Contacta LA-LOOP PAD

- Almohadilla de bucle auditivo inductivo
- Audición de forma inalámbrica y directamente desde la fuente
- Transmisión de audio desde televisores, equipos de música y otros dispositivos de audio
- Procesamiento de audio claro integrado
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días



Timbre con Cámara Web Inteligente SquareGlow

- Dispositivo versátil que puede funcionar como receptor y como accesorio
- Detecta y proporciona imágenes de vídeo en directo
- Se puede añadir a cualquier receptor SquareGlow
- Personalizable según las preferencias
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

SECCIÓN 10: DISPOSITIVOS DISPONIBLES. SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.



Minicom IV

- Teletipo (TTY)
- Código Turbo e identificación automática
- Pantalla inclinada de 20 caracteres
- Teclado de 43 teclas y 4 filas
- Puerto de impresora para conectar una impresora externa
- Un (1) año de garantía



VTech DM221

- Monitor para bebé
- La tecnología digital DECT6.0 elimina el ruido de fondo y evita las interferencias
- Alerta de sonido y vibración
- Indicador de sonido de 5 niveles para control visual
- Funciona también como luz nocturna
- Un (1) año de garantía

SECCIÓN 11: DISPOSITIVOS DISPONIBLES. SOLO ELIJA UNO



Tableta - Apple iPad

- 64GB
- Solo con Wi-Fi
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.



Tableta - Samsung Galaxy

- 64GB
- Solo con Wi-Fi
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.



Smartphone - Apple iPhone

- 128GB
- Wi-Fi y 4G
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.



Smartphone - Google Pixel

- 128GB
- Wi-Fi y 4G
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.

IMPORTANTE: El dispositivo vendrá con las siguientes aplicaciones accesibles para la sordera y discapacidad auditiva preinstaladas: retransmisión IP, servicio de retransmisión de video, servicio telefónico con subtítulos IP, videollamadas y videomensajes.

SECCIÓN 12: Si está ayudando a alguien a completar esta solicitud, complete la siguiente parte.

IMPORTANTE: Para autorizar la comunicación entre la DDHH y otras personas en nombre del solicitante, este debe completar el formulario de autorización de la HIPAA para la divulgación de información médica protegida (ver el documento adjunto).

Indique su relación con el solicitante seleccionando una de las siguientes opciones:

- Tutor legal/Miembro de familia
- Amigo
- Abogado
- Agencia
- Defensor
- Trabajador social
- Otro (especificar): _____

Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del preparador: _____

Número de teléfono: _____

ENVÍE LA SOLICITUD POR:

CORREO POSTAL:

Division of the Deaf and Hard of Hearing
Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

O FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:

(609) 588-2648

(800) 792-8339

(609) 503-4862 videollamada

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov

FOR OFFICE USE ONLY:

ELIGIBLE INELIGIBLE, REASON: _____

VERIFIED BY: _____

DATE: _____

VERIFIED BY: _____

DATE: _____



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva



PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

- Una **copia** de UN (1) documento de la **Lista A** para establecer su residencia e identificación **(SECCIÓN 1)**
 - O** una **copia** de UN (1) documento de la **Lista B** para comprobar su identificación Y una **copia** de UN (1) documento para comprobar su residencia. **(SECCIÓN 1)**

IMPORTANTE: El comprobante de residencia debe estar vigente y estar fechada en los últimos seis (6) meses. La fecha debe ser claramente visible.

- Correo electrónico del solicitante **(SECCIÓN 2)**

IMPORTANTE: El correo electrónico se usará para enviar actualizaciones de seguimiento de UPS

- Firma del solicitante **(SECCIÓN 2)**

- El informe de ingresos debe estar completo **(SECCIÓN 3)**

IMPORTANTE: La prueba de ingresos debe ser reciente y estar fechada en los últimos seis (6) meses. La fecha debe ser claramente visible.

- Certificado de discapacidad completado y firmado por el proveedor tratante. **(SECCIÓN 4)**

- Repasar, inicializar y firmar las Condiciones de Aceptación. **(SECCIÓN 5)**

- Selección de Tecnología de apoyo. Seleccione todas las opciones que correspondan. **(SECCIÓN 6 - 10)**

- Selección de Tecnología inalámbrica. Seleccione solo una opción. **(SECCIÓN 11)**

- Firma del preparador, Si el solicitante ha recibido ayuda para completar la solicitud. **(SECCIÓN 12)**

- Si el solicitante desea autorizar la comunicación entre la DDHH y otras personas en su nombre, deberá completar el formulario de autorización HIPAA para la divulgación de información médica protegida (ver el documento adjunto). **(SECCIÓN 12)**

- Envíe todas las páginas de esta solicitud ya sea por correo postal, correo electrónico, o fax:

DDHH Equipment Distribution Program

Fax: (609) 588-2528

PO Box 074

Email: DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Trenton, NJ 08625-0074

División para la Sordera y Discapacidad Auditiva de New Jersey
Programa de Distribución de Equipos



Estado de New Jersey
Departamento de Servicios Humanos
Oficina de Asuntos Legal y Reglamentarios
P.O. BOX 700
Trenton NJ, 08625

Autorización HIPAA para Divulgar Información Médica Protegida

Yo, _____ (nombre en letra imprenta),
Fecha de nacimiento: _____ entiendo que mi información, que está en poder del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey (NJ DHS, por sus siglas en inglés) y/o una de sus divisiones/comisiones, no puede ser divulgada a terceros sin mi autorización expresada por escrito, a menos que lo permita o lo exija la ley. Por el presente, autorizo al NJ DHS a divulgar mi información a:

Nombre de la persona o clase de personas _____

Organización/Entidad (si aplica): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Especifique la(s) división(es) de la(s) que desea obtener información:

- Comisión para la Ceguera y Discapacidad Visual
- División del Adulto Mayor
- División de Discapacidades del Desarrollo
 - Centro del Desarrollo de Green Brook
 - Centro del Desarrollo de New Lisbon
 - Centro de Desarrollo de Woodbine
 - Centro de Desarrollo de Hunterdon
 - Centro de Desarrollo de Vineland
- División para la Sordera y Discapacidad Auditiva
- División de Servicios de Discapacidad
- División del Desarrollo Familiar
- División de Asistencia Médica y Servicios de Salud
- División de Salud Mental y Adicciones

Identifique la información que se va a divulgar. (Marque todas las opciones que correspondan):

Historial médico¹ completo

Historial médico parcial: especifique el intervalo de fechas y/o el subconjunto de registros que se solicitan.

Otra información (nivel de detalle que se divulgará). Especifique:

Registros de psicoterapia

Registros de trastorno por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)

Si la solicitud incluye la divulgación de información/registros sobre SUD, identifique explícitamente la información sobre SUD que se puede divulgar. Utilice páginas adicionales si es necesario.

Información relacionada con el VIH/SIDA

Si la solicitud incluye la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, identifique explícitamente la información relacionada con el VIH/SIDA que puede divulgarse. Utilice páginas adicionales si es necesario.

Forma de Divulgación:

Copia electrónica

Copia impresa

Finalidad de esta divulgación (por ejemplo, legal/litigiosa, escolar, etc.):

Especifique: _____

Duración de la divulgación: Esta autorización estará en vigor hasta:

_____ (Fecha o evento de vencimiento), momento en el que caducará esta autorización. Entiendo que, una vez transcurrida esta fecha de vencimiento, el NJDHS dejará de proporcionar mi información a la persona o personas mencionadas anteriormente y que, si deseo que esta persona o personas sigan recibiendo información, debo firmar otra autorización.

¹ Los registros médicos se refieren al “conjunto de registros designados” tal y como se define en 45 CFR 164.501. Los registros médicos no incluyen notas de psicoterapia.

Entiendo que:

- Tengo derecho a revocar (retirar) esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el NJDHS haya tomado medidas basándose en esta autorización, enviando una notificación por escrito al Departamento de Servicios Humanos, a la atención de: HIPAA Privacy Officer, PO Box 700, Trenton, NJ 08625. Las excepciones a la revocación se detallan completamente en el Aviso de prácticas de privacidad del DHS. La fecha de entrada en vigor de la revocación es la fecha en que un empleado del Departamento recibió la revocación. Si la información ya se ha divulgado basándose en esta autorización, su revocación solo impedirá su divulgación futura.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por el Departamento de Servicios Humanos, la legislación federal o la legislación estatal.
- La información o los registros sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) no pueden ser divulgados por la persona o entidad mencionada anteriormente sin una autorización adicional, ya que la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. (42 CFR 2.32)
- La información relacionada con el VIH/SIDA no puede ser divulgada por la persona o entidad mencionada anteriormente sin el consentimiento o la autorización por escrito de la persona, de conformidad con la ley N.J.S.A. 26:5C-11. Ver también N.J.S.A. 26:5C-8.
- NJDHS y sus agencias no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a que yo firme esta autorización.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto plenamente los términos anteriores.

Firma de la persona o representante personal

Fecha

Nombre en letra imprenta

Autoridad del representante personal (proporcione una copia de las cartas de tutela, poder notarial, certificado de nacimiento, orden de custodia, etc.)

Si desea presentar una queja ante nuestra agencia u obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la Oficina de Asuntos Legales y Regulatorios, P.O. Box 700 Trenton, NJ 08625, o con la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 26 Federal Plaza- Suite 3312, New York, NY 10278.