Permiso para compartir información /general

A: La Administración de Seguro Social

_____ _____ _____

Nombre Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

Click button to select a Provider

Yo autorizo a la Administración de Seguro Social que provean información o registros acerca de mi por medio de fax, teléfono, correo electrónico o correo postal al:

Easterseals Goodwill Mental Health Assoc Apace

NAME	ADDRESS

Yo quiero que esta información esté provista por:

Yo necesito información correcta y actual acerca de mis beneficios para aprender cómo los beneficios están afectados por trabajo. Me ayudará en tomar decisiones sobre el trabajar. Este permiso está vigente por doce (12) meses después de la fecha de firma.

Por favor provea la siguiente información:

____ Número de Seguro Social
____ Información de identificación (incluya fecha y lugar de nacimiento, nombres de padres)
__X__ Cantidad mensual de beneficio de Seguro Social
__X__ Cantidad del pago mensual de Seguridad de Ingreso Suplementario
____ Información sobre beneficios/pagos que recibí desde _____ hasta _____
____ Información sobre mi reclamo de Medicare/cobertura desde _____ hasta _____
(especifique) _____
____ Registros médicos
____ Registro de mi archivo (especifique) _____
__X__ Otro (especifique): Vea para abajo

Beneficio de efectivo: Tipo de beneficio(s), estado actual de pago, fecha de comienzo de incapacidad, incapacidad(es) de registro, cantidades bruta y neta de beneficios, otras personas que reciban pago en el registro/beneficios de auxiliares aplicables, beneficio completo familiar, saldo de sobrepago, cantidad mensual retenida, fecha y motivo de terminación de beneficio. ¿Está vigente el derecho bajo Restitución Acelerada?
Revisión médica: La última revisión médica, próxima revisión médica programada, ciclo de revisión médica corriente
Representación: Representante de beneficiario, representante autorizado
Seguro de salud: Clase de Medicare (A, B, parte C/D), fecha de elegibilidad, fecha de inscripción o comienzo, cantidad de prima(s) retenida(s), fecha de terminar, participación y subvención, estado de 1619b
Exclusiones del Título XVI: Gastos de trabajo de personas ciegas (BWE), gastos de trabajo relacionados con la incapacidad (IRWE), exclusión de ingreso devengado para estudiantes, exclusiones de un plan para lograr la autosuficiencia (PASS, sus siglas en inglés)
Exclusiones del Título II: Número de meses usados de un período probatorio de trabajo y mes/año usados, mes de cese
Boleto para trabajar: Elegibilidad por un Boleto y estado de asignación. ¿A quién está asignado el Boleto?

Yo soy el individuo para quien aplica la información/registro o el (la) padre (madre) de esa persona (si es menor de edad) o guardián legal. Yo declaro bajo pena de perjurio que examiné toda la información en este formulario y que está fiel y correcta según mi entender. Entiendo que cualquier que dé un estado falso o engañoso con conocimiento sobre un hecho material en esta información, o causa que otro lo haga, está cometiendo un crimen y puede ser encarcelado, o puede enfrentarse con otras penas, o los dos.

Firma:_____
(Muestre firmas, nombres y direcciones de dos personas si está firmado con "X".)

Fecha: _____ Relación: _____

Rev. 11/2016