DWS-ESD/WDD 114MC-SP
Rev. 08/2023

Estado de Utah
Departamento de Workforce Services

AUTORIZACIÓN DE myCase PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A TERCERAS PERSONAS

Nombre: _____ Número de Caso: _____

D33323900180101

Yo por la presente autorizo al Departamento de Workforce Services y/o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), División de Cuidado de Salud Integrado (DIH) para que puedan divulgar o compartir la información contenida en la base de datos de myCase a los siguientes:
HAGA UNA LISTA DE LAS PERSONAS U ORGANIZACIONES A LAS QUE LES PERMITIRÁ ACCESO: _____

1. **Les permito a los terceros nombrados arriba acceso a la información de mi caso en myCase como se describe a continuación: (MARQUE TODOS LOS QUE SE APLICAN)**
   - ☐ **"Revisar"** Les permito acceso a que revisen mi información solamente. Estos terceros pueden ver la información con respecto a los siguientes programas de asistencia:
     ☐ Todos los Programas ☐ Cuidado Infantil ☐ Asistencia Financiera ☐ Asistencia Alimenticia ☐ Asistencia Médica
   - ☐ **"Acceso Total"** Les permito acceso a poner la información al día, alterar, o de otra manera hacer cambios a mi información, así como ver o revisar toda la información de mi caso. Esto también incluye el completar y firmar las recertificaciones de mi caso.
   - ☐ **"Notificaciones"** Les permito acceso a ver cualquier notificación que se me envíe del Departamento de Workforce Services, sin importar el tipo de beneficios que vaya a recibir o que haya recibido.
   - ☐ "**Verificaciones**:" Les permito acceso a ver cualquier petición para enviar verificaciones o comprobantes que el Departamento de Workforce Services me haya hecho, sin importar el tipo de beneficios que vaya a recibir o que haya recibido.
2. Estos terceros pueden tener acceso a mi información para el siguiente propósito: _____
3. Yo entiendo que NO se me requiere que le entregue acceso a terceros. Yo también entiendo que el Departamento de Workforce Services y/o la Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), División de Cuidado de Salud Integrado (DIH) no pueden denegarme que califique si no estoy de acuerdo en dar acceso a terceros.
4. Yo entiendo que yo seré responsable de cualquier tipo de sobrepagos que pudieran ocurrir como resultado de cualquier información incorrecta que sea entregada por un individuo a quien yo autoricé a que pusiera mi información al día, alterara o haga cambios a mi información de myCase.
5. Yo entiendo que puedo escoger si les permito a los miembros de mi grupo familiar tener acceso a revisar solamente o acceso total.
6. Yo entiendo que puedo escoger si les permito a personas que no son parte de mi grupo familiar tener acceso a revisar solamente o acceso total, personas tales como mi doctor de cuidado primario u otros proveedores de cuidado de salud.
7. Al permitir acceso a myCase, yo específicamente autorizo al Departamento de Workforce Services a que comparta toda la información relacionada a mi caso, incluyendo las solicitudes para programas médicos, casos médicos, y la información de cualquier otra solicitud o caso médico que se me haya denegado o cerrado a los terceros que se nombran arriba. Yo entiendo que si existe cualquier parte de esta información que no deseo compartir, no debo darle acceso a ninguna persona a mi caso.
8. El Departamento de Workforce Services puede compartir o divulgar información limitada a los proveedores de cuidado infantil a través del sitio Internet para proveedores. Si yo decido dar acceso a mi proveedor de cuidado infantil a revisar la información de mi caso, yo autorizo acceso en forma específica a lo que se refiere a los beneficios de cuidado infantil que se deben pagar a ellos por servicios proveídos. Yo entiendo que si le doy acceso a mi proveedor de cuidado infantil a notificaciones y/o comprobantes, el proveedor podrá ver cualquier notificación y/o verificación con respecto a cualquier beneficio que estoy recibiendo o que haya recibido.
9. Yo entiendo que una vez que la información se haya compartido o divulgado debido a esta autorización, es posible que ya no tenga ninguna protección bajo las leyes de privacidad y puede ser que se divulgue esta información de nuevo por la persona o agencia que la reciba.
10. Yo entiendo que el Departamento de Workforce Services y el Departamento de Salud y Servicios Humanos no pueden controlar la información una vez que ha sido divulgada o compartida a los terceros que se nombran arriba. De esta manera, yo específicamente libero al Departamento de Workforce Services y al Departamento de Salud y Servicios Humanos o a cualquier otra agencia estatal de cualquier responsabilidad que pueda ocurrir como resultado de la divulgación o de compartir mi información con aquellos terceros a quienes he autorizado a revisar, alterar o poner al día mi información.
11. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento al cambiar la autorización en mi cuenta de "myCase" o al enviar una notificación escrita mi trabajador del Departamento. Yo también entiendo que la revocación o cancelación no cambiará el hecho de que la información puede ya haber sido compartida antes de que yo cancele mi consentimiento. Yo también entiendo que el Departamento o cualquier otra agencia puede haber confiado o actuado basado en esta información y que la cancelación o revocación de mi consentimiento a divulgarla podría no cambiar los resultados de tales acciones.
12. Yo entiendo que esta autorización es efectiva desde la fecha en que doy mi consentimiento y autorizo la divulgación hasta 12 meses después o hasta que yo revoque el acceso en myCase o presente una notificación escrita a mi trabajador del Departamento, cual sea que ocurra primero.
    El acceso a la información se entrega dentro de un (1) día hábil.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de Terceros: _____ MC#: _____ Fecha: _____

Nombre de Terceros en Letra de Imprenta: _____ Teléfono: _____

Firma de Terceros: _____ MC#: _____ Fecha: _____

Nombre de Terceros en Letra de Imprenta: _____ Teléfono: _____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240.
Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711.
Relay Utah en español: 1-888-346-3162.