

Autorización para ayudante

Clave de identificación de solicitud: _____

Organización Ayudante: Banner – University Family Care

Persona Ayudante: _____

El Estado de Arizona necesita que usted autorice a la Persona Ayudante y a la Organización a seguirle ayudando con la solicitud.

Cada vez que se mencione a la Organización Ayudante se incluirá a la Persona Ayudante, a la Organización, y a sus agentes y contratistas.

Opción de autorizar:

Cuando usted autorice a una Organización Ayudante para que le ayude a solicitar mediante *Health-e-Arizona Plus (HEAplus)*, la Organización podrá ver datos propios y privados para *HEAplus* de todas las personas que aparecen en su solicitud. Los datos propios y privados incluyen:

- Datos que se reciban de fuentes estatales y federales, que entre otros incluyen situaciones de ciudadanía e inmigración, situación de residencia en Arizona y datos de ingreso y empleo;
- Cartas que el estado le haya enviado; y
- Decisiones de derecho a beneficios que el Estado tomara en sus solicitudes

El Estado le exige a la Organización Ayudante que prometa que mantendrá en privado los datos de las personas que aparecen en su solicitud para todo propósito aparte de ayudarle en sus solicitudes. El Estado detendría el acceso que se le permitiera a la Organización Ayudante a *HEAplus* si no mantuviera en privado los datos. Sin embargo, el Estado queda obligado a informarle que los datos que se le revelen a la Organización Ayudante no cuentan con la protección del Reglamento de Privacidad de Información de la Salud del gobierno federal, que se encuentra en la Parte 164 de 45 C.F.R.

Si prefiriera autorizar al Estado a revelar información a la Organización Ayudante, esta autorización se vencerá en un año a partir de hoy. Para cancelar la autorización antes, comuníquese con el Centro de Apoyo a Clientes de *HEAplus* al 1-855-432-7587.

Autorización para ayudante

Opción de no autorizar:

Si no autorizara a una Organización Ayudante para que le ayudare, o si le cancelara la autorización, esto no le afectará en sus derechos a recibir ayuda del gobierno.

Podrá solicitar, renovar o reportar cambios para Ayuda Médica (Medical Assistance), Ayuda Para Alimentos (Nutrition Assistance) y Ayuda Económica (Cash Assistance) sin que le ayude una Organización Ayudante.

- Podrá crear su propia cuenta de HEAplus en <https://www.healthearizonaplus.gov> para rellenar solicitudes por cuenta propia.
- Podrá rellenar solicitudes escritas y presentarlas en cualquier oficina de DES/FAA.

Por favor, escoja una de las opciones siguientes:

- Yo, (letra de imprenta) _____, **AUTORIZO** al Estado de Arizona para que le muestre la información personal de mi hogar a la organización ayudando nombrada en la página 1, para que me puedan ayudar con mi solicitud de ayudas de gobierno.
- Yo, (letra de imprenta) _____, **NO AUTORIZO** al Estado de Arizona para que le muestre la información personal de mi hogar a la organización ayudando nombrada en la página 1. Prefiero solicitar sin que me ayude un(a) Ayudante.

Firma de cliente: _____

Fecha de firma: _____