



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

_____,
Nombre del Solicitante o RPY, Núm. Seguro Social (opcional)

Yo he solicitado o actualmente recibo beneficios médicos de All Kids / FamilyCare. Por este medio autorizo que All Kids revele información relacionada a la solicitud All Kids / FamilyCare o elegibilidad de mi familia a:

Nombre de la persona u organización autorizada a recibir la información

- All Kids puede compartir información sobre la solicitud o elegibilidad de mi familia sólo para propósitos de ayudarme a solicitar All Kids / FamilyCare o a entender las reglas de elegibilidad o cobertura.
- Yo estoy de acuerdo que esta autorización durará mientras esté registrado(a) con All Kids / FamilyCare o hasta que yo le diga a All Kids que revoco la autorización.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento firmando la Revocación al final de este formulario y enviándola a All Kids.
- All Kids no puede rehusar pago o negar registro o elegibilidad para beneficios si yo no firmo esta Autorización, a menos que lo que se revela sea para registro o determinación de elegibilidad o para determinación de riesgo.
- All Kids no puede prometer que la organización o persona con la cual yo le permito a All Kids que comparta mi información, no compartirá mi información con alguien que yo no deseo que tenga dicha información.
- Yo puedo guardar una copia de esta Autorización, y puedo llamar gratis a All Kids al 1-877-805-5312 para obtener una copia, si no la tengo.

Una copia o fax de este formulario de autorización debe ser tan válida como el original.

Mi fecha de nacimiento es ___-___-___

Mi dirección completa es: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Solicitante o RPY

Para revocar esta autorización, firme y escriba la fecha de la revocación a continuación y envíala a All Kids al P.O. Box 19122, Springfield, Illinois 62794-9122.

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Yo ya no deseo que All Kids comparta la información de mi salud con la persona indicada arriba.

Firma: Fecha: