



Building Service 32BJ Health Fund

25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676
www.32bjfunds.org
1-800-551-32BJ (3225)

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA/ AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

Federal law prohibits us from revealing information about your health benefits or health care to another person, even a spouse without your approval./ La ley federal nos prohíbe revelar información sobre sus beneficios de salud o atención médica a otra persona, incluso a un cónyuge, sin su aprobación.

- Member Name/ Nombre del afiliado:
Member Identification Number(found on your medical card or SSN)/ Número de identificación encontrado en su tarjeta médica o Número de Seguro Social.
Date of Birth/ Fecha de nacimiento:

I hereby authorize the following person/entity to obtain and/or discuss health information on my behalf/ Por la presente autorizo a la siguiente persona/entidad a obtener o comentar información de salud en mi nombre

PRINT Name of Authorized Person/Entity/
Nombre de la persona/entidad autorizada EN LETRA DE IMPRENTA

PRINT Address of Authorized Person/Entity/
Dirección de la persona/entidad autorizada EN LETRA DE IMPRENTA

PRINT Telephone Number of Authorized Person/Entity/
Número de teléfono de la persona/entidad autorizada EN LETRA DE IMPRENTA

- I authorize Building Service 32BJ Health Fund (the Fund) to:/
Autorizo al Building Service 32BJ Health Fund (el Fondo) a:

release claims, payment, premium, eligibility, medical management, disease management, and benefit information for all health benefits including: life insurance, AD&D, pensioner death benefit, hospital/medical, prescription drug, mental and substance abuse, dental, vision, STD and LTD to the above-named authorized Person/Entity. If you do not want the Health Fund to disclose information for all health benefits, please specify exclusions:/
divulgar información sobre reclamos, pagos, primas, elegibilidad, administración médica, control de enfermedades y beneficios de todos los beneficios de salud incluidos: seguro de vida, muerte y mutilación accidentales (AD&D), beneficio por fallecimiento del pensionado, medicamentos con receta, salud del mental y abuso de sustancias, atención dental, cuidado de la vista, discapacidad a corto plazo (STD) y discapacidad a largo plazo (LTD) a la persona/entidad autorizada nombrada anteriormente. Si no quiere que el Health Fund divulgue información de todos los beneficios de salud, especifique las exclusiones:

allow my Authorized Representative to file a complaint or appeal on my behalf./
permitir a mi representante autorizado presentar un reclamo o apelación en mi nombre.

Other (specify)/ Otro (especificar):

-
- This Authorization is valid for the duration of my coverage with the Fund unless a different expiration date is indicated here:

_____ (Specify month, date, year)/

- Esta Autorización es válida mientras dure mi cobertura con el Fondo, a menos que se indique una fecha de vencimiento distinta aquí:

_____ (Especificar mes, fecha, año)

I understand that this Authorization to Release Health Information allows only the actions specified above and does not include the ability to make decisions concerning my healthcare. **I understand that I may revoke this Authorization to Release Health Information at any time, except to the extent that action has been taken in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund./**

Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información de Salud sólo permite las acciones especificadas arriba y no incluye la habilidad para hacer decisiones con respecto a mi atención médica. **Entiendo que puedo revocar esta Autorización a Divulgar Información de Salud en cualquier momento, excepto cuando ya se haya actuado basándose en la misma, pidiéndolo por escrito al Fondo.**

I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information./

Entiendo que la persona/entidad que he nombrado para que reciba información puede no estar sujeta a las leyes de privacidad. Podría divulgar la información y las leyes de privacidad ya no protegerían la información.

I do hereby affirm that I am the above-mentioned member or the person with the legal authority to act on behalf of the above-mentioned member (please note that any legally authorized person other than a parent must attach appropriate legal documentation to this form, e.g., Power of Attorney, Legal Guardianship, Court Order, other)/.

Por la presente afirmo que soy el afiliado anteriormente mencionado o la persona con la autoridad legal para actuar en nombre del afiliado anteriormente mencionado (tenga en cuenta que toda persona legalmente autorizada que no sea el padre o la madre debe adjuntar documentación legal apropiada a este formulario, por ejemplo: Poder de Representación, Tutela Legal, Orden Judicial, entre otros documentos).

Signature of Requestor/Parent/Legally Authorized Person/
Firma del Solicitante/Padre o Madre/Persona Legalmente Autorizada

Print name of Requestor/Parent/Legally Authorized Person
Nombre en letra de imprenta del Solicitante/Padre o Madre/
Persona Legalmente Autorizada

Date/ Fecha

**Please return the completed form to/
Complete el formulario y envíelo a:**

**Building Service 32BJ Benefit Funds
Attn: Member Services Department
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676**

This form allows the Health Fund and any of its health vendors to release information to an authorized person/entity. This form does not authorize this representative to make changes, updates or conduct any transactions on behalf of the requestor./

Este formulario permite al Health Fund y a cualquiera de sus de salud proveedores divulgar información a una persona/entidad autorizada. Este formulario no autoriza a este representante a realizar cambios, actualizaciones ni a llevar a cabo ninguna transacción en nombre del solicitante.

If you have questions or need assistance, contact the Funds' Member Services at 1-800-551-3225, 8:30 am – 5:00 pm, Monday through Friday./

Si tiene preguntas o necesita asistencia, contacte el Centro de servicios para afiliados del Fondo llamando al 1-800-551-3225, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.