



Authorization for the Use and Disclosure of Applicant's Enrollment and/or Application Information

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of applicant's enrollment and/or Application Information.

NAME OF INDIVIDUAL and/or APPLICANT

Last First Middle Other Name(s) Used Date of Birth: Month Day Year Address City State Zip Phone Cell Phone

I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION, INCLUDING ENROLLMENT AND/OR APPLICATION INFORMATION ("ENROLLMENT INFORMATION"):

Central Health 1111 E. Cesar Chavez St. Austin, TX 78702 Phone (512) 978-8130 Fax (512) 776-0457

WHO CAN RECEIVE AND USE THE ENROLLMENT INFORMATION?

Person/Organization Name (If organization, please provide organization's name. If individual, please provide first and last name.)

Address City State Zip Code Phone Cell Phone

REASON FOR DISCLOSURE

The reason for disclosure is to aid third parties seeking to help potential, current or former enrollees of Central Health coverage programs in the enrollment process.

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Status of the individual's enrollment application, including what documents are needed to complete the application process; Name of the enrollment program, including coverage Effective and End dates; and Request and/or pick up an enrollment card.

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization will be valid for twelve months from the date the application is submitted, the application is denied (if applicable), or the coverage ends, whichever is later. This authorization will no longer be valid upon the death of the individual or withdrawal of permission.

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE ENROLLMENT INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURE DATE Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): If representative, specify relationship to the individual: Parent of minor Guardian Other



Autorización para el Uso y Divulgación de la Información de Inscripción o Solicitud de un Aplicante

Por favor lea todo el formulario antes de firmar, y complete todas las secciones que aplican a sus decisiones en relación con la divulgación de la información de la inscripción o solicitud del aplicante.

NOMBRE DE LA PERSONA y/o APLICANTE

Form fields for Name (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Otros nombres usados, Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año), Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, and Teléfono (Celular).

AUTORIZO A LA SIGUIENTE ENTIDAD LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD DE LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE, INCLUYENDO LA INFORMACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN Y/O SOLICITUD ("INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN"):

Central Health
1111 E. Cesar Chavez St. Austin, TX 78702
Teléfono (512) 978-8130 Facsímil (512) 776-0457

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN?

Nombre de la Persona/Organización
(Si es una organización, por favor proporcione el nombre de la organización; si es una persona individual, el primer nombre y apellido)

Form fields for Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, and Teléfono (Celular).

RAZÓN PARA LA DIVULGACIÓN

La razón para divulgar esta información es para asistir a terceras personas que buscan ayudar a miembros de programas de cobertura actuales, pasados, o potenciales de Central Health en el proceso de su inscripción.

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA? El estado de la solicitud de inscripción de una persona, incluyendo los documentos necesarios para completar el proceso de su inscripción; nombre del programa al que está inscrito, incluyendo la fecha de entrada en vigor y vencimiento de su cobertura; y la solicitud y/o recepción de su tarjeta de inscripción.

VIGENCIA. Esta autorización estará vigente por un período de 12 meses desde que se presente la solicitud, la solicitud se haya denegado (si aplicara), o se venciera la cobertura, lo que ocurriera de último. Esta autorización perderá su vigencia si la persona falleciera o decidiera retirar su autorización.

DERECHO A REVOCAR: Yo comprendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento dando notificación por escrito, estableciendo mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización que aparece bajo el apartado "¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN?". Comprendo que cualquier acción realizada por las entidades autorizadas para tener acceso a la información de mi salud previo a esta revocación no se verá afectada.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y autorizo los usos y divulgaciones de la información como han sido anteriormente descritos. Comprendo que a las personas que se rehúsen a firmar esta autorización no se les puede rechazar para recibir tratamiento, y tampoco se verá afectado su pago, inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que el rechazo a firmar este formulario no afecta la divulgación de la información de la salud realizada antes de que fuera revocada su autorización, o que de cualquier otra manera esté permitida por la ley sin necesidad de autorización o consentimiento específico, incluyendo la divulgación a entidades cubiertas bajo el inciso 181.154(c) del Código de Salud y Seguridad de Texas y el inciso 164.502(a)(1) del Artículo 45 del Código Federal de Regulaciones. Comprendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el receptor de dicha información, y podría no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA FECHA

Firma de la persona individual o su representante legal

Nombre en letra de molde del representante legal (si aplicara):

Si fuera el representante, especifique su relación con la persona: Padre de un Tutor Guardian Otro