

**Formulario de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
para autorizar la divulgación de información médica/de salud**

265 Hegenberger Rd, Suite 100, Oakland, CA 94621
PO Box 2280, Oakland, CA 94614
Tel. (510) 633-0333 * (888) 547-2054 * Fax (510) 633-0215



Nombre: _____ N.º SS, N.º de ID DE CFAO o N.º UBC: _____

Yo, _____, por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud según se describe en esta autorización.

1. Persona, organización (*o clase de personas*) específica autorizada para **proporcionar** la información (p. ej., Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California):

2. Persona, organización (*o clase de personas*) específica autorizada para **recibir** la información: <si es posible, anote el nombre, título/relación, dirección, fax, teléfono y dirección electrónica>

3. **Descripción específica de la información a usar o a divulgar.** (Incluya las fechas según corresponda):

4. **Propósito de la solicitud:** (Marque una opción)
 A solicitud de la persona que firma este formulario.
 Otro: _____
5. **Derecho a revocar la autorización:** Entiendo que esta autorización es voluntaria, y que tengo el derecho de revocarla en cualquier momento notificando (por escrito) al funcionario de privacidad a la siguiente dirección: 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. Entiendo que tal revocación solo entrará en vigencia después de que el funcionario de privacidad la reciba y registre. Entiendo que todo uso o divulgación que se hayan hecho antes de la revocación de esta autorización no se verán afectados por tal revocación.
6. Entiendo que después de que se divulgue esta información la ley federal podría no protegerla, y que el destinatario podría volverla a divulgar.
7. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y de la información que se describe en este formulario, si así lo solicito.
8. Entiendo que esta autorización vencerá:
 Un año después de la fecha de esta autorización.
 En la siguiente fecha: _____, 20____.
9. El Plan podría condicionar la inscripción en el plan o la elegibilidad para recibir los beneficios al recibo de la autorización antes de la inscripción, si la autorización tiene propósitos de determinaciones de aseguramiento o de clasificación de riesgos y no se relaciona con notas de psicoterapia.

Firma de la persona

Fecha

o bien,

Firma del representante personal

Fecha

Si un representante personal firma este formulario, este representante certifica que tiene la autoridad de firmar el formulario de autorización basándose en:

- un formulario de representante personal firmado;
 otro _____

**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA**

265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621
PO Box 2280, Oakland, CA 94614
Tel. (510) 633-0333 ✦ (888) 547-2054 ✦ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com



Consentimiento para divulgar información

Si usted desea autorizar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para que divulgue información sobre sus beneficios acumulados a otra persona, sírvase rellenar la siguiente sección:

Yo, _____, autorizo a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a divulgar a la(s) persona(s) listada(s) a continuación información sobre mis beneficios acumulados en los siguientes fondos* (marque todo lo que corresponda):

- Carpenters Pension Trust Fund for Northern California
- Carpenters Annuity Trust Fund for Northern California
- Carpenters Vacation, Holiday and Sick Leave Trust Fund for Northern California
- Northern California Carpenters 401(k) Plan

Divulgar información o expedientes sobre mi(s) beneficio(s) acumulado(s) a:

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Código postal

(Para autorizar a más personas o entidades, adjunte hojas o formularios de solicitud adicionales de la Oficina del Fondo de Fideicomiso.)

Me gustaría que esta autorización venciera el _____ . (Opcional)

Firma del participante: _____ Fecha: _____

N.º ID CFAO, N.º UBC o número de Seguro Social del participante: _____

* Tenga en cuenta que Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California tiene requisitos específicos sobre las autorizaciones para divulgar información médica protegida. Si desea autorizar el acceso de alguna persona a la información de sus beneficios del Fondo de Salud y Bienestar (Health and Welfare Fund) comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso para solicitar los formularios apropiados, o descárguelos de nuestro sitio web, <https://www.carpenterfunds.com/formas-and-documentos>.