



PROVISOR
Township Mental Health Commission

4565 WEST HARRISON STREET • 3rd FLOOR • HILLSIDE, ILLINOIS 60162 • PHONE 708/449.5508 • FAX 708/449.6421

Divulgación de información
Necesario para Apoyo Financiero
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**BOARD OF
COMMISSIONERS**

MICHAEL A. CORRIGAN
PRESIDENT

ERIC R. SAWCHUK
VICE PRESIDENT

SHERBY MILLER
SECRETARY

ARTURO J. MOTA
TREASURER

MICHELE DE LA ROSA
COMMISSIONER

KATHY M. RYAN
COMMISSIONER

ANGELA D. WALKER
COMMISSIONER

EXECUTIVE DIRECTOR
JESSE D. ROSAS

COMMISSION ATTORNEY
DEL GALDO LAW GROUP, LLC

Yo, _____ (Nombre del individuo) autorizo a
_____ para compartir información con el (inserte la agencia) para compartir
información con la condición de municipio de la Comisión de Salud Mental de los servicios prestados durante
mi cuidado para fines de auditoría, así como para resolver la cobertura de reclamación. Además, la información
puede ser compartida con la red de atención para ayudar a identificar nuevos servicios que han sido
reconocidos según sea necesario. Ponga sus iniciales si no está interesado en la Red de Atención Entiendo que
cualquier información personal de salud, u otra información dada a conocer a la Red de Atención pueden ser
objeto de una nueva divulgación con el único propósito de la atención coordinada. Toda la información
recogida se seguirá protegiendo por todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables a la vida de
esta autorización.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de mi / firma de mi representante de abajo y expirará el
(introduzca la fecha que expira la autorización) _____ o la fecha de mi cobertura termina
con _____ (inserte la agencia).

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante una notificación por escrito a
_____ (inserte agencia) y entiendo que tengo el derecho de tener una copia de esta
autorización.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria.

Nombre del individuo: _____

Firma del individuo: _____

Fecha: _____

En su caso, los representantes legales firman a continuación:

Al firmar este documento, declaro que soy el representante legal de la persona expuesta anteriormente y
únicamente a proporcionar la prueba escrita (por ejemplo, poder notarial, testamento vital, documentos de
tutela, etc.) que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre de la persona con respecto a esta forma de
autorización.

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

Fecha: _____

Nombre del testigo: _____

Firma del Testigo: _____

DEDICATED TO THE SPECIAL NEEDS OF OUR COMMUNITY