

# ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO SSA-827

QUESTE ISTRUZIONI IN ITALIANO FORNISCONO LA DICITURA DELLA VERSIONE INGLESE DEL MODULO SSA-827. LEI DOVRÀ FIRMARE, DATARE E RESTITUIRE LA VERSIONE INGLESE DEL MODULO SSA-827 ALL'UFFICIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE PIÙ VICINO PER LA TRATTAZIONE DELLA SUA DOMANDA DI INVALIDITÀ.

**PERSONA le informazioni DELLA QUALE saranno divulgate**  
Scriva il Suo nome di battesimo, il secondo nome ed il cognome, il Suo numero di Previdenza Sociale e la Sua data di nascita.

## AUTORIZZAZIONE A DIVULGARE INFORMAZIONI ALL'AMM. DELLA PREVIDENZA SOCIALE (SSA)

**\*\* PRIMA DI FIRMARE, LEGGA ATTENTAMENTE TUTTE LE PAGINE DEL MODULO \*\***

**Autorizzo volontariamente e richiedo la divulgazione** (scambi di informazioni per iscritto, a voce e per via elettronica)

### DI CHE COSA

1. Di tutti le documentazioni e altre informazioni riguardanti il mio trattamento, ospedalizzazione e cure ambulatoriali per la/le mie menomazioni, tra cui, per esempio:  
Menomazioni psicologiche, psichiatriche o mentali di altro tipo (escluse le "note di psicoterapia" come definite al 45 CFR (Codice dei Regolamenti Federali) 164.501  
– Abuso di stupefacenti, alcolismo o abuso di altre sostanze  
– Anemia mediterranea  
– Infezione da Virus dell'immunodeficienza umana (HIV) (compresi la sindrome da acquisita immunodeficienza (AIDS) o i test per HIV o per malattie trasmesse per contatto sessuale)  
– Menomazioni collegate ai geni (tra cui risultati di test genetici)
2. Informazioni relative a come la/le mie menomazioni influiscono la mia capacità di completare compiti ed attività nella vita di tutti i giorni, e influiscono sulla mia capacità lavorativa.
3. Copie di valutazioni o test educativi, tra cui Programmi di istruzione individualizzati, valutazioni triennali, valutazioni psicologiche e del linguaggio e qualsiasi altro record che sia utile per valutare la funzione; osservazioni e valutazioni degli insegnanti.
4. Informazioni generate entro i 12 mesi successivi alla data della firma di questa autorizzazione, come pure informazioni passate.

### DA CHI

- Tutte le fonti mediche (ospedali, cliniche, laboratori, medici, psicologi, ecc.), tra cui istituti di salute mentale, istituti correzionali, di trattamento per abuso di sostanze ed istituti di assistenza sanitaria per i Veterani.
- Tutte le fonti di istruzione (scuole, insegnanti, amministratori di record, consiglieri, ecc.)
- Assistenti sociali/Consiglieri per la riabilitazione
- Esaminatori consulenti utilizzati dalla SSA
- Datori di lavoro
- Altre persone che possono essere a conoscenza della mia condizione (familiari, vicini, amici, pubblici ufficiali)

### A CHI

All'amministrazione della Previdenza Sociale e all'Agenzia di Stato autorizzata a trattare il mio caso (chiamata generalmente "disability determination services"- servizi per la determinazione dell'invalidità), tra cui servizi di copia, medici e altri professionisti consultati nel corso della trattazione della pratica. Per le domande internazionali, anche il Servizio postale estero del Dipartimento di Stato.

### SCOPO

Determinare la mia eleggibilità ai benefici, guardando anche all'effetto combinato di qualsiasi impedimento che di per sé non corrisponderebbe alla definizione della SSA di invalidità, e determinare se sono in grado di amministrare tali benefici. Contrassegni la casella a sinistra sul modulo SSA-827 in inglese se stiamo determinando SOLTANTO la Sua capacità di amministrare i benefici.

### QUANDO SCADE

Questa autorizzazione è valida per 12 mesi dalla data della firma (sotto la mia firma).

- Autorizzo l'uso di una copia (anche elettronica) di questo modulo per la divulgazione delle informazioni sopra descritte.
- Convegno che vi possano essere alcune circostanze in cui queste informazioni possono essere ri-divulgate ad altre parti (v. pagina 2 per i dettagli).
- Posso scrivere alla SSA e alle mie fonti di informazioni per revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento (v. pagina 2 per i dettagli).
- La SSA mi darà una copia di questo modulo se la richiederò; posso chiedere alla fonte delle informazioni di permettermi di ispezionare o di ottenere una copia del materiale che dovrà essere divulgato.
- Ho letto tutt'e due le pagine di questo modulo e sono d'accordo sulla divulgazione di informazioni sopra descritte da parte dei tipi di fonte elencati.

### PERSONA che autorizza la divulgazione

La persona deve firmare e datare questa autorizzazione, e indicare il suo indirizzo (strada, numero, città, stato e CAP) e il suo numero di telefono con il prefisso.

SE non firmato dalla persona interessata alla divulgazione, specificare le basi di autorità per firmare. Contrassegni la casella appropriata sul modulo SSA-827 in inglese per indicare se la persona che firma è il genitore di un minorenne, un tutore o un altro rappresentante personale (da specificare). Firmi il modulo SSA-827 in inglese nello spazio fornito se per legge è richiesta una seconda firma.

**Testimone:** In questa sezione del modulo SSA-827 in inglese, una persona che conosce chi firma il modulo dovrà firmare come testimone e fornire il suo numero di telefono o il suo indirizzo. C'è spazio per un secondo testimone se necessario.

*Questa autorizzazione generale e speciale per la divulgazione di informazioni è stata concepita per conformarsi alle disposizioni riguardanti la divulgazione di informazioni mediche, educative e di altro genere contenute nel P.L. (Diritto pubblico) 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR parti 160 e 164; 42 U.S. Code (Codice USA) art. 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 U.S. Code art. 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code art. 1232g ("FERPA"); 34 CFR parti 99 e 300; e la legge dello Stato.*

## Spiegazione del modulo SSA-827

### “Autorizzazione a divulgare informazioni all’Amministrazione della Previdenza Sociale (SSA)”

Abbiamo bisogno della Sua autorizzazione scritta per ottenere le informazioni necessarie alla trattazione della Sua domanda di benefici e per determinare la Sua capacità di gestire questi benefici. Le leggi e i regolamenti prevedono che le fonti di informazioni personali abbiano un’autorizzazione firmata prima di rilasciare a noi queste informazioni. Inoltre, le leggi richiedono un’autorizzazione specifica per il rilascio di informazioni riguardanti particolari condizioni e per il rilascio di informazioni da parte di fonti educative.

Lei può fornire questa autorizzazione firmando il modulo SSA-827. La legge federale permette alle fonti in possesso di informazioni che La riguardano di rilasciare queste informazioni se Lei firma un’autorizzazione unica per il rilascio di tutte le Sue informazioni da parte di tutte le Sue possibili fonti. Noi faremo una copia dell’autorizzazione per ciascuna fonte di informazioni. Alcuni Stati ed alcune particolari fonti di informazioni richiedono che l’autorizzazione contenga il nome specifico della fonte che Lei autorizza al rilascio delle Sue informazioni personali. In casi del genere, potremmo richiederLe di firmare un’autorizzazione per ciascuna fonte e potremmo metterci di nuovo in contatto con Lei se occorre che Lei firmi più autorizzazioni.

Lei ha il diritto di revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento, eccetto il caso in cui una fonte di informazioni abbia già tenuto conto di questa autorizzazione per agire. Per revocare questa autorizzazione, invii una dichiarazione scritta ad un qualsiasi Ufficio della Previdenza Sociale. In questo caso, invii anche una copia della dichiarazione direttamente a ciascuna delle Sue fonti che Lei desidera non divulgare più informazioni che La riguardano; la SSA può dirLe se abbiamo identificato delle fonti di informazioni che Lei non ci aveva comunicato. La SSA può utilizzare informazioni divulgate prima della revoca per prendere decisioni sulla Sua domanda.

È norma della SSA fornire i propri servizi a persone che non parlino bene l’inglese nella loro lingua madre o nel modo di comunicazione preferito, in osservanza dell’Ordine Esecutivo 13166 (11 agosto 2000) e del Individual with Disabilities Education Act (Legge sulla educazione delle persone disabili). La SSA compie ogni ragionevole sforzo per far sì che le informazioni contenute nel modulo SSA-827 Le vengano fornite nella Sua lingua madre o nella lingua da Lei preferita.

### **INFORMAZIONI IMPORTANTI E AVVISO PREVISTO DALLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Tutte le informazioni personali raccolte dalla SSA sono protette dal Privacy Act (Legge sulla Privacy) del 1974. Una volta che le informazioni mediche vengono divulgate alla SSA, esse non sono più protette dalle disposizioni sulla privacy delle informazioni sanitarie del 45 CFR parte 164 (ordinate dal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (Legge sulla responsabilità e la portabilità dell’assicurazione sanitaria). La SSA mantiene le informazioni personali in stretta osservanza dei calendari di ritenzione stabiliti e mantenuti in congiunzione con la National Archives and Records Administration (Amministrazione degli archivi e dei record nazionali). Al termine del periodo in cui le informazioni sono state utili, esse vengono distrutte secondo le disposizioni sulla privacy specificate in 36 CFR, parte 1228.

La SSA è autorizzata a raccogliere le informazioni indicate sul modulo SSA-827 dagli articoli 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) e 1631 (e)(1)(A) del Social Security Act (Legge sulla Previdenza Sociale). Noi usiamo le informazioni ottenute con questo modulo per determinare la Sua eleggibilità per i benefici, e la Sua capacità di amministrare qualsiasi beneficio ottenuto. Ciò comprende di solito la revisione delle informazioni da parte dell’Agenzia di Stato che tratta il Suo caso e da parte delle persone responsabili del controllo della qualità presso la SSA. In alcuni casi le Sue informazioni possono anche essere riviste dal personale della SSA che tratta il Suo appello ad una decisione, o da investigatori per risolvere accuse di frode o di abuso, e possono essere usate in qualsiasi procedimenti amministrativi, civile o penale collegato.

La firma di questo modulo è volontaria, ma la mancanza di questa autorizzazione firmata o la revoca di essa prima che noi riceviamo le informazioni necessarie potrebbe ostacolare una decisione accurata o tempestiva sulla Sua richiesta, e potrebbe risultare nella negazione o nella perdita dei benefici. Malgrado le informazioni che otteniamo grazie a questo modulo non vengono quasi mai usate per alcun altro scopo oltre a quelli sopra dichiarati, la SSA può divulgare senza il Suo consenso le informazioni, se autorizzata a farlo da leggi federali come il Privacy Act e il Social Security Act. Per esempio, la SSA potrebbe divulgare informazioni:

1. Per mettere in grado una terza parte (per esempio, consulenti medici) o un’altra agenzia governativa di assistere la SSA a stabilire i diritti ai benefici della Previdenza Sociale e/o alla copertura.
2. Ai sensi della legge che autorizza il rilascio di informazioni provenienti dai record della Previdenza Sociale (per es., all’Ispettore Generale, ad agenzie di assistenza o a controllori federali o statali, o al Dipartimento per gli Affari dei Veterani (VA));
3. Per ricerche statistiche ed attività di controllo necessarie ad assicurare l’integrità ed il miglioramento dei programmi di Previdenza Sociale (per es., all’Ufficio del Censimento e ad imprese private sotto contratto con la SSA).

La SSA non ri-divulgherà, senza il debito previo consenso scritto, informazioni: (1) relative ad abuso di alcolici e/o di stupefacenti come previsto in 42 CFR parte 2, o (2) da record educativi per un minorenne ottenuti a norma del 34 CFR parte 99 (Family Educational Rights and Privacy Act (Legge sui diritti educativi e sulla privacy della famiglia) (FERPA), o (3) riguardanti la salute mentale, disabilità dello sviluppo, AIDS o HIV.

Possiamo anche utilizzare le informazioni che Lei ci ha fornito quando confrontiamo i record con il computer. Programmi di confronto paragonano i nostri record con quelli di altre agenzie governative federali, statali o locali. Molte agenzie possono utilizzare programmi di confronto per stabilire o provare che una persona si qualifica per benefici pagati dal governo federale. La legge ci permette di fare ciò anche senza il Suo consenso.

Presso qualsiasi ufficio della Previdenza Sociale potrà richiedere ed ottenere spiegazioni sulle possibili ragioni per cui le informazioni che Lei ci fornisce possono essere utilizzate o comunicate ad altri.

### **PAPERWORK REDUCTION ACT (LEGGE SULLA RIDUZIONE DELLA QUANTITÀ DEI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI)**

Questa raccolta di informazioni è conforme al 44 U.S.C. (Codice USA) § 3507, modificato con l’articolo 2 del Paperwork Reduction Act del 1995. Lei non è tenuto a rispondere a queste domande se non mostriamo un numero valido dell’Office of Management and Budget control (Ufficio dell’Amministrazione e controllo del bilancio). Riteniamo che Le ci vorranno circa 10 minuti per leggere le istruzioni, raccogliere i fatti e rispondere alle domande. **INVII O CONSEGNI IL MODULO RIEMPITO ALL’UFFICIO DELLA PREVIDENZA SOCIALE PIU VICINO. L’ufficio è elencato sotto le U.S. Government agencies (Agenzie governative USA) sull’elenco telefonico, oppure può chiamare la Previdenza Sociale al numero 1-800-772-1213. Può inviare i Suoi commenti sulla stima del tempo necessario da noi fatta sopra a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. Invii a questo indirizzo soltanto commenti relativi alla nostra stima del tempo necessario, non il modulo compilato.**