



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health Benefits Fund

Buffalo Office
1159 Maryvale Drive, Suite 20
Cheektowaga, NY 14225
Phone: 877-739-7136
Fax: 716-839-7136
carpentersfund.org

Long Island Office
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Authorization to Release Protected Health Information

I, _____ hereby authorize the Fund to disclose any and all Protected Health Information ("PHI") in the Fund's possession, concerning myself, except as otherwise noted herein, to the individual(s) designated below.

The disclosure of my PHI may be made to the following individuals:

1. _____
2. _____
3. _____

Please describe the purpose for allowing the individual(s) above to receive your protected health information. For example, if you are authorizing the Fund to disclose your PHI to an attorney, the purpose could be "litigation". If there is no specific purpose, the statement "at the request of the "individual" is a sufficient description of the purpose.

Please note any restrictions or limitations on the Fund's authority to disclose your protected health information to the individual(s) noted above. If there are none, please write "none".

- I understand that I have the right to revoke this authorization at any time upon written notice to the Fund office. Written notice should be sent to Kimberly Sennes, the Fund's Privacy Officer, at the address for the Long Island Fund Office noted above.
- I understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to redisclosure by the recipient, and may no longer be protected by the federal or state privacy rules.
- I understand that the Fund will not condition enrollment in the Fund, eligibility for benefits or payment of benefits upon the providing of this authorization by me.
- I understand that I have the right to inspect or copy the PHI used or disclosed pursuant to this Authorization upon submission of a written request to the Fund.

CONTINUED ON PAGE 2

The Undersigned hereby authorize the release of PHI as noted herein.

Date: _____

Participant's Name: _____

Participant's Signature: _____

Participant's SSN: _____

4-digit PIN: _____ *to be given by authorized designee each time information is requested (optional):*

I, hereby certify, the information that I have provided is correct. Please sign where indicated and have your signature notarized below.

Date: _____

Signature: _____

State: _____

County: _____

On this _____ day of _____ 20 _____, before me personally appeared _____, known to me to be the person described herein and who executed the foregoing consent, and acknowledged to me that he/she executed the same.

Notary Public: _____



You can find a notary public in several common and convenient places, such as banks, libraries, shipping, and mail stores. To find a notary public near you, search by zip code at www.findanotary.com.



Autorización Para Divulgar Información Médica Protegida

Yo, _____ Por la presente autorizo al Fondo a divulgar toda la información médica protegida ("PHI") que obre en su poder y que me concierna, salvo que se indique lo contrario en el presente documento, a las personas que se designan a continuación.

La divulgación de mi información médica protegida (PHI) puede realizarse a las siguientes personas:

1. _____
2. _____
3. _____

Describe el propósito por el cual autoriza a la(s) persona(s) mencionada(s) a recibir su información médica protegida. Por ejemplo, si autoriza al Fondo a divulgar su PHI a un abogado, el propósito podría ser «litigio». Si no hay un propósito específico, la declaración «a petición de la persona» es una descripción suficiente del propósito.

Tenga en cuenta cualquier restricción o limitación en la autoridad del Fondo para divulgar su información médica protegida a las personas mencionadas anteriormente. Si no hay ninguna, escriba "ninguna".

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la oficina del Fondo. La notificación por escrito debe enviarse a Kimberly Sennes, responsable de privacidad del Fondo, a la dirección de la oficina del Fondo de Long Island indicada anteriormente.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales.
- Entiendo que el Fondo no condicionará la inscripción en el Fondo, la elegibilidad para recibir prestaciones o el pago de las mismas a la presentación de esta autorización por mi parte.
- Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la PHI utilizada o divulgada en virtud de esta autorización previa presentación de una solicitud por escrito al Fondo.

CONTINÚA EN LA PÁGINA 2

CONTINUADO DE LA PÁGINA 2

Los abajo firmantes autorizan por la presente la divulgación de la PHI tal y como se indica en el presente documento.

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Firmar del participante: _____

SSN del participante: _____

PIN de 4 dígitos: _____ *que deberá proporcionar la persona designada autorizada cada vez que se solicite información (opcional):*

Por la presente certifico que la información que he proporcionado es correcta. Firme donde se indica y haga que su firma sea certificada por un notario a continuación.

Fecha: _____

Firma: _____

Estado: _____

Condado: _____

En este _____ día de _____ 20 _____, compareció ante mí personalmente _____, a quien conozco como la persona descrita en el presente documento y quien firmó el consentimiento anterior, y me confirmó que lo había firmado.

Notario Público: _____



Puede encontrar un notario público en varios lugares comunes y convenientes, como bancos, bibliotecas, tiendas de envíos y correos. Para encontrar un notario público cerca de usted, busque por código postal en www.findanotary.com.