



North Atlantic States Carpenters
Health Benefits Fund

Long Island Office
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Phone: (631) 952-9700
Toll Free: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund

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:

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.

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

Date: _____

Participant's Signature

Print Participant's Name

Social Security Number of Participant

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 of _____)

County of _____) s.s.:

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

Notary Public



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondos de Beneficios de Salud

Oficina de Long Island
270 Motor Pkwy
Hauppauge, NY 11788-5150
Phone: (631) 952-9700
Toll Free: 1(877) 372-3236
Fax: (631) 952-9813
www.carpentersfund.org

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte Fondos de Beneficios de Salud

Yo, _____ Por la presente autorizo al Fondo a revelar cualquier y toda la Información Protegida de Salud (“IPS”) en posesión del Fondo referente a mí, excepto sino está anotado en este documento, como el o los individuos designados a continuación.

Mi Información Protegida de Salud (IPS) puede ser divulgada a los siguientes individuos:

Por favor describa el propósito por el cual los individuos detallados previamente están permitidos a recibir su información protegida de salud. Por Ejemplo, si usted está autorizando al Fondo a divulgar su IPS a un abogado, el propósito podría ser “litigación”. Si no hay un propósito específico, la declaración “A petición del individuo” es una descripción suficiente como propósito

Por favor liste cualquier restricción o limitación de su información protegida de salud por el cual la autoridad del Fondo pueda divulgar al o los individuos detallados previamente. Si no hay ninguna, por favor escriba “ninguna”,

Yo Entiendo, que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento de la notificación escrita a la oficina de Fondos. La notificación escrita debe ser enviada a Kimberly Sennes, Oficial Privada del Fondo, a la dirección de la Oficina de Long Island anotada en encabezamiento.

Yo Entiendo, que la información utilizada o divulgada en conformidad a esta autorización, puede ser sujeta a redivulgación por el destinatario, y puede que ya no esté protegida por las reglas del estado federal o privado.

Yo Entiendo, que el Fondo no acondicionará la inscripción al Fondo, elegibilidad por beneficios o pagos de beneficios al proveer esta autorización por mí.

Yo Entiendo, que tengo el derecho de Inspeccionar o copiar la IPS utilizada o divulgada en conformidad a esta autorización al enviar una solicitud por escrito al Fondo.

El Abajo Firmante por la presente autoriza a divulgar la IPS como está escrito en este documento.

Fecha: _____

Firma del Participante

Nombre del Participante en Letra de Molde

Número de Seguro Social del Participante

#PIN de 4-dígitos- que debe ser dado por el designado autorizado cada vez que la información sea solicitada (opcional)

Yo, por la presente certifico, que la información que he presentado es correcta. Por favor firme donde está indicado a continuación y notarice su firma.

Fecha: _____

Firma: _____

Estado de _____)

s.s.:
Condado de _____)

En _____ el día _____, 20____, compareció ante mí _____, a quién personalmente conozco ser la misma persona descrita en este documento y quien ejecutó el precedente consentimiento, y que él/ ella reconoce debidamente ante mí que él/ella ha ejecutado el mismo.

Notario Público