

Manual Revision Memorandum

ISD-MR 15- 01

TO: ISD Employees
FROM:  Marilyn Martinez, Acting Director, Income Support Division
RE: Form Manual Revision for ISD121
DATE: February 20, 2015

This form has been amended. You will need to use the ISD Forms drive to access both English and Spanish versions as the correct form is not available in ASPEN.

ISD 121 "Request for Access to Case Record Information" form has been changed to reflect a revision to the Statement of Understanding and Agreement.

ISDSP 121 "Petición Para Acceso a Información de Registro de Caso" form has been changed in Spanish in the same manner as ISD 121.

Instructions:

Replace all previous versions of the form listed below:

Delete - ISD 121 "Request for Access to Case Record Information" Rev 12/10
ISDSP 121 "Solicitud Para Acceso a Información de Registro de Caso" Rev 12/10

Replace - ISD 121 "Request for Access to Case Record Information" Rev 8/14
ISDSP 121 "Petición Para Acceso a Información de Registro de Caso" Rev 8/14

These forms have been posted to the forms drive: <\\ditsfasv025\ISDForms>.

If you have any questions regarding this MR, please contact Debra Hendricks at (505) 827-7268 or by email at DebraD.Hendricks@state.nm.us.

Nombre del Caso:	Número de Caso :	Oficina de Condado :
-------------------------	-------------------------	-----------------------------

A. Autorización:
Autorizo la divulgación de información del caso:
 Nombre del Cliente/Representante _____
 Dirección de Correo: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____
 Número de Fax: _____
Divulgar información A: Seleccione si es igual que arriba

Nombre: _____
 Dirección de Correo: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____
 Número de Fax: _____

B. El propósito de esta autorización es: *(Ponga un "X" en las cajas que se aplican.)*
 Cuidado Médico Personal Investigación o Acción Legal Determinación de Elegibilidad para el Programa
 Otro:

C. Autorizo divulgar la siguiente información: *(Ponga una "X" en secciones correspondientes).*

Información Médica	<input type="checkbox"/> Registro Entero <input type="checkbox"/> Historial Médico, Examen, Reportes <input type="checkbox"/> Plan del Tratamiento <input type="checkbox"/> Registros relacionados con las siguientes específicas condiciones, pruebas, tratamientos:
Información No-médica	<input type="checkbox"/> Solicitud de asistencia económica y formas de determinación de elegibilidad <input type="checkbox"/> Solicitud de asistencia médica y formas de determinación de elegibilidad <input type="checkbox"/> Solicitud de SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) y formas de recertificación de elegibilidad <input type="checkbox"/> Correspondencia y memorándums <input type="checkbox"/> Tipo y cantidad de ayuda recibida: <input type="checkbox"/> Otro:

D. Vencimiento de Petición:
 Registros solicitados de: _____ (Fecha) a _____ (Fecha)
 Esta autorización expirará: _____ (Fecha o evento)
 Comprendo que esta autorización expirará en la fecha/evento arriba o seis meses de la fecha en que fue firmado; lo que sea primero.
 Comprendo que si no especifico una fecha de caducidad, ésta autorización expirará seis meses de la fecha que fue firmada.
 Comprendo que puedo revocar esta autorización a cualquier tiempo por escrito.

E. Acuerdo y declaración de comprensión:

- Comprendo que el registro del caso es la propiedad del Estado de Nuevo México y que no puedo alterar, quitar, ni destruir el registro ni cualquiera de su contenido. Comprendo que hacer eso constituiría destrucción de propiedad del Estado, la pena que sobre convicción, podría ser hasta 5 años de encarcelamiento, multa de \$5,000, o los dos.
- Comprendo que si no estoy de acuerdo con cualquier contenido del registro del caso, tengo el derecho de hacer una declaración escrita de los hechos como los veo y que la declaración será hecha parte del registro mientras que la información con que no estoy de acuerdo sea parte del registro.
- Comprendo que el registro del caso debe ser revisado en la presencia de un empleado de la División en oficinas de la División.
- Comprendo que no puedo revisar alguna narrativa fechada antes de 02/01/77 o ningún reporte médico, a menos que la información sea relacionada a una Audiencia.
- He leído arriba, comprendo las condiciones bajo que puedo tener acceso al registro y concuerdo en respetarlas. Además, concuerdo en respetar cualquier otro requisito razonable que pueda ser hechos por la División como resultado de condiciones administrativas locales.
- Si concuerda en firmar esta autorización para divulgar u obtener información, pude recibir una copia firmada de la solicitud.
- Aunque tenga un derecho de revocar una autorización por escrito en cualquier momento, HSD no puede devolver ningún uso ni las divulgaciones ya hechas antes que una autorización sea cancelada.
- La información utilizada o revelada por esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el receptor y ya no será protegida por políticas de privacidad de HSD.

Nombre del Solicitante / Beneficiario	Firma del Solicitante / Beneficiario	Fecha
Nombre del Solicitante / Beneficiario Representante Autorizado	Firma del Representante Autorizado del Solicitante / Beneficiario	Relación con el Solicitante / Beneficiario
		Fecha

Información importante sobre Autorización

Políticas del Departamento de Servicios Humanos (HSD) y sus derechos son descritos con más detalle en el Aviso de Practicas de Privacidad de HSD, disponible escribiendo a la dirección debajo de ésta página.

Su derecho a someter una queja de privacidad y revocar una autorización

Usted puede contactar la Oficina de Privacidad listada abajo si quiere someter una queja o para reportar un problema acerca de cómo HSD ha utilizado o ha revelado información sobre usted. Sus beneficios no serán afectados por ninguna queja que usted hace. Si somete una queja, coopera en alguna investigación, niega aceptar algo que cree ser ilegal, no será contado contra usted.

Usted también puede escribir a ésta dirección para revocar una autorización que usted dio a HSD.

**New Mexico Human Services Department
HIPAA Privacy Officer
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Teléfono: 1-888-997-2583**



**New Mexico Human Services Department
REQUEST FOR ACCESS TO CASE RECORD INFORMATION**

Case Name: _____	Case Number : _____	County Office : _____
-------------------------	----------------------------	------------------------------

A. Authorization:
I authorize the release of case record information:

Name of Client/Representative: _____

Mailing Address: _____ Telephone Number : _____

City, State, ZIP Code: _____ Fax Number: _____

Release Information to: Check here if same as above

Name: _____

Mailing Address: _____ Telephone Number : _____

City, State, ZIP Code: _____ Fax Number: _____

B. The purpose of the authorization is: *(Place an "X" in the box(es) that apply.)*

Medical Care Personal Legal Investigation or Action Program Eligibility Determination

Other: _____

C. I authorize the release of the following information:
(Place an "X" in the box(es) that apply to the information you want released or you want to obtain.)

Medical Information	<input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> Medical History, Examination, Reports <input type="checkbox"/> Treatment Plan <input type="checkbox"/> Records related to the following specific condition(s), test(s), treatment(s): _____
Non-Medical Information	<input type="checkbox"/> Financial assistance application and eligibility redetermination forms <input type="checkbox"/> Medical assistance application and eligibility redetermination forms <input type="checkbox"/> SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) application and eligibility recertification forms <input type="checkbox"/> Correspondence and memoranda <input type="checkbox"/> Type and amount of assistance received: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____

D. Expiration of Request:

Records are requested from: (Date) _____ to (Date) _____

This authorization shall expire: (date or event) _____

I understand that this authorization will expire on the date/event above or six months from the date on which it was signed; whichever is earlier. I understand if I do not specify an expiration date this authorization will expire six months from the date on which it was signed.

I understand that I may revoke this authorization at any time in writing.

E. Statement of Understanding and Agreement:

- I understand that the case record is the property of the State of New Mexico and that I may not alter, remove, or destroy the record or any of its contents. I understand that to do so would constitute the destruction of State property, the penalty for which upon conviction could be up to 5 years imprisonment, \$5,000 fine, or both.
- I understand that if I disagree with any of the contents of the case record that I have the right to make a written statement of the facts as I see them and that the statement will be made a part of the record for so long as the information with which I disagree is retained in the record.
- I understand that the case record must be reviewed in the presence of a Division employee in a Division office.
- I understand that I may *not* review any narrative dated prior to 02/01/77 or any medical reports, unless the information is related to a Hearing.
- I have read the above, I understand the conditions under which I may have access to the record and I agree to abide by them. I furthermore agree to abide by any other reasonable requirements which may be made by the Division as the result of local administrative conditions.
- If you agree to sign this authorization to release or obtain information, you may receive a signed copy of the form.
- Although you have a right to revoke an authorization in writing at any time, HSD cannot take back any uses or disclosures already made before an authorization is cancelled.
- Information used or disclosed by this authorization might be re-disclosed by the receiver and will no longer be protected by HSD privacy policies.

Printed Name of Applicant/Recipient	Signature of Applicant/Recipient	Date
Printed Name of Applicant/Recipient Authorized Representative	Signature of Applicant/Recipient s Authorized Representative	Relationship to Applicant/Recipient
		Date

Important Information about Authorization

The New Mexico Human Services Department's (HSD's) policies and your rights are more fully described in HSD's Notice of Privacy Practices, available by writing to the address at the bottom of this page.

Your right to file a privacy complaint and to revoke an authorization

You may contact the Privacy Office listed below if you want to file a complaint or to report a problem about how HSD has used or disclosed information about you. Your benefits will not be affected by any complaints you make. If you file a complaint, cooperate in any investigation, or refuse to agree to something that you believe to be unlawful, it will not be held against you.

You may also write to this address to revoke an authorization you gave to HSD.

**New Mexico Human Services Department
HIPAA Privacy Officer
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Phone: 1-888-997-2583**