SOLICITUD DE DISCAPACIDAD DE MEDICAID	**Condado** _____ **Fecha de solicitud** _____

Comi

Sección 1 – Información sobre las personas discapacitadas

A. **Nombre** (primero y segundo nombre, y apellido)	B. **Número de Seguro Social**

C. **Domicilio** *(calle, ciudad, estado y código postal)*

D. **Teléfono (día)** *(Si no tiene número telefónico, indique el número de teléfono donde podamos dejarle un mensaje durante el día.)*

(_____)_____ Éste es ☐ Su número ☐ Número para mensajes ☐ Ninguno

E. Anote el nombre de un amigo o pariente con quien podamos comunicarnos (aparte de su médico), quien conozca sus dolencias y pueda ayudarle con la solicitud.

Nombre _____ Parentesco _____

Domicilio postal _____
(Número, calle, núm. de apartamento [en su caso], casilla de correo, ruta rural)

_____ (____)_____
Ciudad *Estado* *Código postal* Teléfono

F. ¿Cuánto mide sin zapatos? _____ _____
Pies *Pulgadas*

G. ¿Cuánto pesa sin zapatos? _____
Libras

H. Indique su:

_____ _____ _____
Fecha de nacimiento Edad Sexo

I. ¿Habla inglés? ☐ Sí ☐ No
Si contestó "No", ¿qué idiomas habla? _____

Si no habla inglés, ¿podemos hablar con alguien que sepa inglés y con quien dejar un mensaje para usted? *(Si es la misma persona mencionada en "D", escriba "Misma persona" aquí.)*

Nombre _____ Parentesco _____

Domicilio postal _____
(Número, calle, núm. de apartamento [en su caso], casilla de correo, ruta rural)

_____ (____)_____
Ciudad *Estado* *Código postal* Teléfono

J. ¿Lee inglés? ☐ Sí ☐ No
K. ¿Puede escribir más que su nombre en inglés? ☐ Sí ☐ No

Sección 2 – Su dolencia y cómo le afecta

A. ¿Qué dolencias padece que limitan su capacidad de trabajar?

_____

_____

B. ¿De qué forma las dolencias limitan su capacidad de trabajar?

_____

_____

C. ¿Le causan las dolencias dolor u otros síntomas? ☐ Sí ☐ No

D. ¿Cuándo fue la primera vez que sintió las dolencias?

Mes	*Día*	*Año*

E. ¿Cuándo se vio impedido de trabajar por las dolencias?

Mes	*Día*	*Año*

F. ¿Ha trabajado alguna vez? ☐ Sí ☐ No *(Si indicó "No," pase a la Sección 4.)*

G. ¿Trabajó en algún momento después de la fecha en que sintió la dolencia por primera vez? ☐ Sí ☐ No

H. Si indicó "Sí", por las dolencias tuvo que: *(Marque todo lo que corresponda)*

- ☐ ¿Trabajar menos horas? *(explique abajo)*
- ☐ ¿Cambiar la tarea laboral asignada? *(explique abajo)*
- ☐ ¿Realizar cambios laborales como días de ausencia, ayuda necesaria o cambio de empleador? *(explique abajo)*

_____

_____

_____

I. ¿Trabaja ahora? ☐ Sí ☐ No

Si indicó "No", ¿cuándo dejó de trabaja

Mes	*Día*	*Año*

J. ¿Por qué dejó de trabajar? _____

K. ¿Solicitó alguna vez el **Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) o el Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)**? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó la solicitud más reciente?
_____

¿En qué oficina del Seguro Social presentó la solicitud?
_____

Su reclamo del Seguro Social: ☐ Se autorizó ☐ Se denegó ☐ Está en trámite

Sección 3 – Información sobre su trabajo

A. Indique la clase de empleo que tuvo en los **últimos 15 años de trabajo.**

Cargo *(ver ejemplo)*	**Clase de negocio**	**Fechas de trabajo** *(mes/año)* De	A	**Horas por día**	**Días por semana**	**Tipo de sueldo** ***(Por hora, día, semana, mes o año)***	
Cocinero	*Restaurante*	*9/99*	*10/02*	*8*	*5*	*$ 7.00*	*hora*

						$	
						$	
						$	
						$	

B. ¿En qué trabajo duró más? _____

C. Describa ese trabajo. ¿Qué hacía durante toda la jornada de trabajo?
(Si necesita más espacio, siga en la Sección 8 - "Observaciones".)

_____

D. En este trabajo,

¿Usó maquinarias, herramientas o equipos? ☐ Sí ☐ No
¿Aplicó conocimientos o aptitudes técnicas? ☐ Sí ☐ No
¿Tuvo que escribir, rendir informes o realizar tareas de ese tipo? ☐ Sí ☐ No

E. En este trabajo, ¿cuántas horas totales por día realizó las siguientes actividades:

Caminar _____
Estar de _____
Sentarse _____
Trepar _____
Agacharse *(encorvarse hacia adelante flexionando la cintura)* _____
Arrodillarse *(flexionar las piernas para descansar sobre las rodillas)* _____
Acuclillarse *(flexionar las piernas y sentarse sin tocar el piso)* _____
Manipular o agarrar objetos grandes _____
Gatear *(arrastrarse sobre las manos y rodillas)* _____
Alcanzar en alto _____
Manipular objetos pequeños, escribir a mano o a máquina _____

F. Levantar y transportar objetos
(Explique qué cosas levantó, cuán lejos las transportó y con qué frecuencia lo hacía.)

_____

G. Marque el peso más pesado que levantó:

☐ Menos de 10 libras ☐ 10 libras ☐ 20 libras
☐ 50 libras ☐ Más de 100 libras ☐ Otro_____

H. Marque el peso que levantaba con frecuencia:
(Con frecuencia significa de un 1/3 a 2/3 del día de trabajo.)

☐ Menos de 10 libras ☐ 10 libras ☐ 20 libras
☐ 50 libras ☐ Más de 100 libras ☐ Otro_____

I. ¿Supervisó a otras personas en este trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si indicó "No", pase a la Sección 4. Si indicó "Sí", conteste lo siguiente.

¿A cuántas personas supervisó? _____

¿Cuánto tiempo dedicaba a supervisar gente? _____ horas

¿Contrató y despidió empleados? ☐ Sí ☐ No

J. ¿Fue un trabajador encargado? ☐ Sí ☐ No

Sección 4 – Información sobre su historial médico

A. ¿Ha consultado a un **médico, hospital, clínica** o a otra persona por las dolencias que limitan su capacidad de trabajo? ☐ Sí ☐ No

B. ¿Ha consultado a un **médico, hospital, clínica** o a otra persona por problemas emocionales o mentales que limitan su capacidad de trabajo?
☐ Sí ☐ No

Si contestó "No" a las dos preguntas, pase a la Sección 5.

C. Indique otros nombres que haya usado en sus historiales médicos, incluso nombre de soltera o de casada.

_____

Díganos si hay alguien que tenga historiales médicos u otra información sobre sus dolencias.

D. Indique cada médico, clínica, terapeuta o profesional médico que haya consultado. Añada una hoja extra de ser necesario. Indique la fecha de su próxima cita.

Nombre			
Domicilio (calle)			**Fecha de la primera consulta**
Ciudad	**Estado**	**Código postal**	**Fecha de la última consulta**
Teléfono ( )			**Próxima cita**
Motivo de las visitas			
¿Qué tratamiento se le administró?			

Nombre			
Domicilio (calle)			Fecha de la primera consulta
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de la última consulta
Teléfono ( )			Próxima cita
Motivo de las visitas			
¿Qué tratamiento se le administró?			

Nombre			
Domicilio (calle)			Fecha de la primera consulta
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de la última consulta
Teléfono ( )			Próxima cita
Motivo de las visitas			
¿Qué tratamiento se le administró?			

Si necesita más espacio, siga en la Sección 8 - "Observaciones".

E. Indique cada **hospital** al que haya acudido. Indique la fecha de su **próxima cita**.

Nombre		
Domicilio (calle)		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Teléfono ( )		
Tipo de visita		
Fecha de ingreso Fecha de salida ☐ **Hospitalizaciones** *(Se quedó en el hospital por lo menos una noche)*		
Fecha de la primera visita Fecha de la última visita ☐ **Visitas como paciente externo** *(Regresó a su hogar el mismo día)*		
Fecha ☐ **Visitas a la sala de emergencias**		

Nombre		
Domicilio (calle)		
Ciudad	**Estado**	**Código postal**
Teléfono ( )		
Tipo de visita		
Fecha de ingreso Fecha de salida ☐ **Hospitalizaciones** (Se quedó en el hospital por lo menos una noche)		
Fecha de la primera visita Fecha de la última visita ☐ **Visitas como paciente externo** *(Regresó a su hogar el mismo día)*		
Fecha ☐ **Visitas a la sala de emergencias**		

Si necesita más espacio, siga en la Sección 8 - "Observaciones".

Sección 5 - Pruebas

¿Se le hicieron pruebas médicas por sus dolencias? ☐ Sí ☐ No *(En caso afirmativo, llene la información siguiente.)*

Clase de prueba	Fecha de la prueba (mes/día/ año)	Lugar de la prueba (Nombre del establecimiento)	¿Quién lo envió a hacerse esta prueba?
ECG - Electrocardiograma (prueba del corazón)			
Cinta caminadora (prueba de esfuerzo)			
Biopsia – Nombre de la parte del cuerpo _____			
Prueba de la audición			
Prueba de la vista			
Prueba de inteligencia			
EEG – Electroencefalograma (prueba de ondas cerebrales)			
Análisis del VIH			
Análisis de sangre (no del VIH)			
Prueba de respiración			
Radiografía – Nombre de la parte del cuerpo _____			
MRI (Imagen por resonancia magnética)/ CT Scan (Tomografía computada) – Nombre de la parte del cuerpo _____			

Otro – Nombre de la prueba y parte del cuerpo _____			

Si se le practicaron otras pruebas, indíquelas en la Sección 8 - "Observaciones".

Sección 6 - Medicamentos

¿Toma **medicamentos** para tratar sus dolencias? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:
(Consulte los envases de los medicamentos, de ser necesario)

Nombre del medicamento	Nombre del médico que lo recetó	Motivo de la receta	Efectos secundarios del medicamento

Sección 7 – Educación y capacitación

A. Marque el grado que terminó en la escuela.

Escuela primaria y secundaria:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Universidad:
1 2 3 4 o más
☐ ☐ ☐ ☐

Fecha aproximada en que terminó sus estudios:

_____

B. ¿Asistió a clases de educación especial? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, pase al párrafo C. Si indicó "Sí", conteste lo siguiente:

Nombre de la escuela

_____

Dirección

_____

(Número, calle, núm. de apartamento [en su caso], casilla de correo, ruta rural)

_____

Ciudad *Estado* *Código postal*

Fecha en que asistió _____ hasta _____

Tipo de programa _____

Sección 8 - Observaciones

Utilice esta sección para incluir datos que no indicó en otras partes de este formulario. Cuando haya terminado esta sección (o si no tiene nada que agregar), vaya a la próxima página y firme en el casillero correspondiente.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Sección 8 – Observaciones (Continuación)

Al firmar esta solicitud, declaro que todos los datos son verdaderos a mi leal saber y entender. Entiendo que otorgo al Departamento de Normas y Financiación de Atención a la Salud (*Department of Health Care Policy and Financing*), y a las personas que éste designe, la autorización para efectuar los contactos necesarios a fin de verificar las declaraciones consignadas en esta solicitud y para solicitar los historiales o datos necesarios para determinar si se reúnen los requisitos de discapacidad médica. Entiendo que esta solicitud no garantiza que se pagarán los beneficios a mi favor o en mi nombre.

Firma del **reclamante** o persona que presenta este documento en nombre del reclamante ***(padre, tutor)***	**Fecha** *(Mes, día, año)*
Deberá contarse con la presencia de testigos **ÚNICAMENTE** si esta declaración	

fue firmada con una (X). Si fue firmada con una (X), dos testigos presentes en el momento de la firma, que conozcan a la persona que realiza la declaración, deberán firmar a continuación e indicar sus domicilios completos.

1. Firma del **Testigo**	2. Firma del **Testigo**
Domicilio *(número y calle, ciudad, estado y código postal)*	**Domicilio** *(número y calle, ciudad, estado y código postal)*

Comentarios del técnico del condado:

Nombre del técnico en letras de molde	Firma del técnico
Departamento del Condado	Fecha
Teléfono	Dirección electrónica
Nombre del supervisor	Teléfono del supervisor

Si desea o necesita que alguien lo ayude con el trámite de reclamo, sírvase llenar este formulario

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Para el uso y divulgación de información de salud protegida

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 *(Health Insurance Portability and Accountability Act)* establece su derecho a nombrar a una o más personas como representantes para que adopten decisiones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida. Usted podrá limitar el alcance de la información de salud protegida sobre la cual el representante puede tomar una decisión, y usted podrá revocar esa autorización en cualquier momento. Consulte los procedimientos y las normas de privacidad del Departamento sobre *Representantes personales*, de conformidad con la sección 45 C.F.R. 164.502 (g).

Fecha: _____

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____ (escriba su nombre en letras de molde), por el presente designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal autorizado con respecto a las decisiones sobre el uso o divulgación de la información de salud protegida relativa a mi persona.

_____ _____

Nombre del representante personal Parentesco con el solicitante

_____ _____

Núm. de seguro social del representante personal Teléfono del representante personal

LÍMITES DEL ALCANCE DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA (Sírvase marcar uno)

_____ Se otorga a la persona nombrada anteriormente todos los privilegios que se me concederían a mí con respecto a la información de salud protegida.

_____ La persona nombrada anteriormente actúa como mi representante personal designado ÚNICAMENTE para las siguientes funciones:

_____

_____

Número de identificación estatal: _____ Firma del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Entiendo que podré cancelar esta designación en cualquier momento con sólo firmar la sección sobre revocación que aparece a continuación y enviarla al encargado de asuntos de privacidad del Departamento al domicilio indicado anteriormente. Entiendo que toda revocación se aplicará únicamente a divulgaciones o actos futuros sobre mi información de salud protegida y no podrá cancelar medidas adoptadas o divulgaciones efectuadas durante la vigencia de la designación.

Deseo que esta persona deje de actuar como mi representante personal.

Firma: _____ Fecha: _____

Cuyos registros que divulgarse

Nombre (Primera, Intermedia, el último, el sufijo)	
SSN	Fecha de nacimiento (mm/dd/yy)

Autorización para divulgar información de ARBOR E & T, LLC dba ACCIÓN REVIEW GROUP (ARG)

**** POR FAVOR LEA TODO EL FORMULARIO, ambas páginas, antes de firmar a continuación ****

Yo voluntariamente autorizar y solicitar la divulgación (incluido el papel, oral y intercambio electrónico):

De lo : Todos mis registros médicos; también los registros educativos y otra información relacionada con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye el permiso específico de liberación:

1. **Todos los registros y otras informaciones acerca de mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria para mi impedimento(s) incluido, y no limitado a:**
   - psicológico, psiquiátrico o de otro(s) Deficiencia mental (excluye las "notas de psicoterapia" tal como se define en 45 CFR 164.501)
   - El uso indebido de drogas, alcoholismo o abuso de otras sustancias
   - Anemia de células falciformes
   - Registros que pueden indicar la presencia de enfermedades transmisibles o enfermedades no transmisibles; y pruebas para o registros de VIH/SIDA
   - relacionado con el gen de la deficiencias (incluidos los resultados de la prueba genética)
2. **Información acerca de cómo mi impedimento(s) afecta mi habilidad para completar las tareas y las actividades de la vida diaria y afecta a mi capacidad de trabajo.**
3. **Copias de exámenes o evaluaciones educativas, incluyendo programas educativos individualizados, las evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y discurso, y otros registros que pueden ayudar a evaluar la función; también observaciones de los maestros y de las evaluaciones.**
4. **Información creada en un plazo de 12 meses después de la fecha en que esta autorización está firmado, así como la última información.**

DEDSE QUIEN

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluida la salud mental, correccional, el tratamiento de la adicción, y VA instalaciones sanitarias
- Todas las fuentes de educación (escuelas, los maestros, los administradores de registros, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales y consejeros de rehabilitación
- Consultar a los examinadores utilizada por ARG
- Los empleadores, compañías de seguros, los programas de indemnización a trabajadores
- Otros que puedan saber acerca de mi estado (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

Esta casilla deberá cumplimentarse por ARG (según sea necesario) información adicional para identificar al sujeto (por ejemplo, otros nombres usados), la fuente específica, o el material para ser revelada:

A QUIEN **Desdela contratista estatal autorizado para procesar mi caso, incluyendo la copia del contrato de servicios, y los médicos u otros profesionales consultados durante el proceso. [También, para las reclamaciones internacionales, el Departamento de Estado de EE.UU. Servicio Exterior Post.]**

FINALIDAD **Determinar mi elegibilidad para beneficios, incluyendo mirando el efecto combinado de cualquier impedimento que por sí solas no satisfaría SSA en la definición de la discapacidad.**

CADUCA CUANDO Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma (debajo de mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Tengo entendido que hay algunas circunstancias en las que esta información puede ser redisclosed a otras partes y ya no está protegido
- Me pueden escribir a ARG y mis fuentes de revocar esta autorización en cualquier momento (vea la página 2 para más detalles).
- ARG me dará una copia de este formulario si pido; puedo preguntar la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material a ser revelada.
- He leído ambas páginas de este formulario y de acuerdo a la información divulgada por encima de los tipos de fuentes indicadas

POR FAVOR, FIMAR CON TINTA NEGRA O AZUL SOLO **Autorizar la revelación individual** **SIGNO** ►	Si no está firmada por el tema de la divulgación, especifique la base de autoridad para firmar ☐ Padre de menor ☐ Guardian ☐ otro representante personal (explicar)		
Fecha de la firma	(Padre/madre/tutor/representante personal regístrese aquí si dos firmas requeridas por la ley estatal) ►		
Fecha de la firma de	la dirección de la calle		
Número de teléfono (con el código de área)	Ciudad	Estado	ZIP
Sé testigo de la persona que firma este formulario o estoy satisfecho de esta identidad de la persona			
SIGNO ►	**Si es** necesario, la segunda testigo firmen aquí (por ejemplo, si firmó con "X" arriba) **SIGNO** ►		
Número de teléfono (o dirección)	Número de teléfono (o dirección)		
Este general y en especial de autorización para revelar fue desarrollado para cumplir con las disposiciones relativas a la divulgación de los servicios médicos, educativos y de otra información bajo P.L. 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR, partes 160 y 164; 42 del Código de los ESTADOS UNIDOS Sección 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 CÓDIGO ESTADOUNIDENSE SECCIÓN 7332; 38 CFR 1.475; 20 del Código de los Estados Unidos sección 1232g ("FERPA"); 34 CFR Parte 99 y 300; y la ley del Estado.			

La explicación de este formulario
"Autorización para divulgar información de ARBOR E & T, LLC dba ACCIÓN REVIEW GROUP (ARG)"

Necesitamos su autorización escrita para ayudar a obtener la información necesaria para procesar su reclamación. Las leyes y reglamentos requieren que las fuentes de información personal tienen una autorización firmada antes de entregarlo a nosotros. Además, las leyes requieren autorización específica para la liberación de información acerca de determinadas condiciones y de fuentes educativas.

Puede proporcionar esta autorización al firmar este formulario. La ley federal permite fuentes con información acerca de usted para liberar esa información si usted firma una autorización única para liberar toda su información de todas las fuentes posibles. Vamos a hacer copias de él para cada fuente. Una entidad cubierta (es decir, una fuente de información médica acerca de usted) puede no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad para beneficios de si firmar este formulario de autorización. Unos pocos Estados, y algunas fuentes de información, exigen que la autorización específicamente el nombre de la fuente que usted autorice a revelar información personal. En esos casos, es posible que le pidamos a firmar una autorización para cada fuente y podremos en contacto con usted si necesitamos que firmar más autorizaciones.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya ha invocado a tomar una acción. Revocar, envíe una declaración por escrito de Arbor E &; T, LLC dba Acción Review Group (ARG). Si no, envíe también una copia directamente a ninguna de las fuentes que ya no desea revelar información acerca de usted; Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG).puede decirle si hemos identificado las fuentes que no nos acerca. Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG).pueden usar la información revelada antes de la revocación para decidir su reclamación.

Es Arbor E &; T, LLC dba Acción Review Group (ARG)'s política para proporcionar servicio a las personas con conocimientos limitados del inglés en su idioma nativo o modo preferido de comunicación coherente con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y el Acta de Educación de Individuos con Discapacidades.Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) hace todos los esfuerzos razonables para asegurar que la información contenida en el Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) es proporcionado a usted en su idioma nativo o preferido.

Ley de Privacidad Declaración
Recopilación y uso de información personal los

artículos 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) y 1631(e)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social, modificada, [42 U.S.C. 405(a), 433(d)(5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(1) y 1383(e)(1)(a)] nos autoriza a recopilar esta información. Utilizaremos la información que usted proporciona para ayudarnos a determinar su elegibilidad, o continuando la elegibilidad para los beneficios, y su capacidad para administrar los beneficios recibidos. La información que usted
proporciona es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede impedirnos realizar una precisa y oportuna decisión sobre su reclamación, y podría resultar en la denegación o pérdida de beneficios.

Raramente podemos utilizar la información que usted proporcione en este formulario para cualquier otro propósito que no sea por las razones explicadas anteriormente. Sin embargo, podemos utilizarlo para la administración y la integridad de los programas de seguridad social. También podemos revelar información a otra persona o a otra agencia de conformidad con los usos autorizados de rutina, incluyendo, pero no limitado a, los siguientes:

1. Para permitir a un tercero o a una agencia para que nos ayude en el establecimiento de los derechos a las prestaciones de la Seguridad Social y/o cobertura;

2. Para cumplir con las leyes federales que exigen la liberación de información de nuestros registros (por ejemplo, auditorías de seguridad social / Comentarios, apelaciones)

3. Para hacer determinaciones de discapacidad médica basada en registros médicos disponibles.

También podemos utilizar la información que usted proporcione en equipo programas coincidentes. Programas coincidentes comparar nuestros registros con los registros mantenidos
por otras dependencias federales, estatales o los organismos de gobierno local. Utilizamos la información de estos programas para establecer o verificar una persona la condición de discapacidad del actual con esos organismos.

Una lista completa de la rutina, los usos de la información que usted nos da está disponible mediante solicitud contactando Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG).

Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) es socio y contratados por el Estado de Colorado’s Departamento de políticas de atención de la salud y financiamiento (HCPF) para realizar servicios de revisión de registros médicos para determinar el grado y severidad de la discapacidad de acuerdo con los criterios y normas establecidas por la Administración de la Seguridad Social. Los registros están disponibles para revisión y auditoria HCPF. Las leyes, normas y reglamentos que se indica en el documento también se aplican a HCPF.

Arbor E & T, LLC dba Acción Review Group (ARG) no proporciona ni establecer la elegibilidad para Medicaid o cualquier beneficios de Medicare o programas.

Ley de Reducción del papeleo Declaración - Esta recopilación de información cumpla con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, enmendada por la sección 2 de la Ley de 1995 sobre Reducción de papeleo. Calculamos que nos tomará aproximadamente 10 minutos para leer las instrucciones, recopilar los hechos y responder a las preguntas. Enviar o traer el formulario completado a ARBOR E & T, LLC dba ACCIÓN REVIEW GROUP (ARG), P.O. BOX 340, OLYPHANT, PA 18447. Puede enviar por fax este formulario para ARG en 1.877.672.2077. Puede llamar a ARG en 1.877.265.1864. Puede enviar un correo electrónico a ARG en ACTIONREVIEWGROUPMRT@ARBORET.COM