



Building Service 32BJ Health Fund

101 Avenue of the Americas
New York, NY 10013-1991

www.seiu32bj.org

1-800-551-32BJ (3225)

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND/OR DESIGNATION OF A REPRESENTATIVE/AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y/O DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

Federal law prohibits us from revealing information about your health benefits or health care to another person, even a spouse without your approval./La ley federal nos prohíbe revelar información sobre sus beneficios de salud o cuidado médico a otra persona, incluso a su cónyuge, sin su aprobación. Please read this form carefully./ Lea este formulario cuidadosamente.

- Member Name:/Nombre del afiliado: _____
- Empire Member Identification Number:/Número de identificación como afiliado de Empire: _____
- Social Security Number if no Empire ID:/Número del Seguro Social si no cuenta con una identificación de Empire: _____
- Date of Birth:/Fecha de nacimiento: _____

I hereby authorize the following person/entity to receive my/the above named member's health information and/or designate a representative to act on my/the above named member's behalf:/Por la presente, autorizo a la siguiente persona/entidad a recibir la información médica sobre mí/el afiliado mencionado y/o designo a un representante para que actúe en nombre mío/del afiliado mencionado:

PRINT:/EN LETRA DE IMPRENTA: Name of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative/Nombre de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

PRINT:/EN LETRA DE IMPRENTA: Address of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative/Dirección de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

PRINT:/EN LETRA DE IMPRENTA: Telephone Number of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative/Número de teléfono de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

• I authorize Building Service 32BJ Health Fund (the Fund) to:/Autorizo a Building Service 32BJ Health Fund (el Fondo) a: *Check all actions that apply/Marque todas las opciones que correspondan*

- release claims, payment, premium, eligibility, medical management, disease management, and benefit information to the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representative (strike out any items that do not apply)./divulgar todo tipo de información relacionada con reclamaciones, pagos, primas, elegibilidad, administración médica, control de enfermedades y beneficios a la Persona/Entidad Autorizada mencionada y/o Representante Designado (tachar lo que no corresponda).
- allow my Designated Representative to update my enrollment information (e.g., address, telephone no.), and/or make a primary care physician change, or register me on the Empire member website (strike out any items that do not apply)./permitir a mi Representante Designado actualizar mi información de inscripción (por ej., dirección, número de teléfono), cambiar mi médico de atención primaria o registrarme en el sitio web para afiliados de Empire (tachar lo que no corresponda). I have attached a fully execute Power of Attorney naming the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representation./He adjuntado un Poder de Representación debidamente ejecutado que nombra a la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado mencionado. **Appropriate legal documents must be attached./Deben adjuntarse los documentos legales pertinentes.** Submission of such document is for the Funds review and approval and until such documents are approved by the Funds, they shall not be binding on the Funds./La presentación de dichos documentos es para que los Fondos los examinen y aprueben y, hasta tanto dichos documentos no hayan sido aprobados por los Fondos, no serán vinculantes para los Fondos.
- allow my Designated Representative to file a complaint, grievance or appeal on my behalf (strike out any items that do not apply)./permitir a mi Representante Designado presentar una queja, agravio o apelación en mi nombre (tachar lo que no corresponda).
- Other (specify):/Otro (especificar): _____

- Purpose of this Authorization (check one):/Finalidad de esta Autorización (marque una):
 - At the request of the member/A solicitud del afiliado
 - For the following purposes:/Para los siguientes fines: _____
-

- This Authorization is valid for the duration of my coverage with the Fund unless a different expiration date is indicated here:/Esta Autorización es válida mientras dure mi cobertura con el Fondo a menos que se indique una fecha de vencimiento distinta aquí:
_____ (Specify month, date, year)/(Especificar mes, fecha, año)

I understand that this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative allows only the actions specified above and does not include the ability to make decisions concerning my healthcare./Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información y/o la Designación de un Representante sólo permite las acciones especificadas arriba y no otorga capacidad para tomar decisiones relacionadas con mi cuidado médico. *I understand that I may revoke this Authorization to Release Information and/or Designation of a Representative at any time, except to the extent that action has been taken in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund.*/Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información y/o la Designación de un Representante sólo permite las acciones especificadas arriba y no otorga capacidad para tomar decisiones relacionadas con mi cuidado médico. I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws./Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información y/o la Designación de un Representante sólo permite las acciones especificadas arriba y no otorga capacidad para tomar decisiones relacionadas con mi cuidado médico. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information./Podría divulgar la información y las leyes de privacidad ya no protegerían la información.

I do hereby affirm that I am the above-mentioned member or the person with the legal authority to act on behalf of the above-mentioned member (please note that any legally authorized person other than a parent must attach appropriate legal documentation to this form, e.g., Power of Attorney, Legal Guardianship, Court Order, other)./Por la presente, afirmo que soy el afiliado anteriormente mencionado o la persona con autoridad legal para actuar en su nombre (tenga en cuenta que cualquier persona autorizada legalmente distinta de un padre debe adjuntar a este formulario la documentación legal pertinente, por ej., Poder de Representación, Tutela Legal, Orden Judicial, etc.).

Signature of Member/Parent/Legally Authorized Person/Firma del afiliado/padre/persona autorizada legalmente

Print name of Member/Parent/Legally Authorized Person/
Nombre en letra de imprenta del afiliado/padre/persona autorizada legalmente

Date/Fecha