Iowa Department of Human Services

Authorization for Release of Information
(Autorización Para Divulgación de Información)

Fecha:

Fecha de entrega de la información:

Condado:
Número del Asistente:
Nombre del Asistente:
Teléfono:

Email:

Estimado/a

Este formulario le autoriza a compartir información con Department of Human Services (DHS).

Por favor, complete este formulario y devuélvalo a:

Si desea hacer preguntas, por favor llámame al teléfono indicado anteriormente.

Información Solicitada

Le agradeceré que comparta esta información con Department of Human Services. Doy mi permiso para que la persona u organismo mencionado anteriormente comparta información sobre mi familia o mi persona. Exonero a dicha persona de toda responsabilidad por entregar información, aún si la misma es confidencial. Este permiso expirará el _____.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma	Fecha

Por favor, utilice la página siguiente para responder esta solicitud.

Respuesta a la Solicitud

Firma de la Persona que Comparte Información	Título
Teléfono	Fecha

Iowa Department of Human Services

Authorization for Release of Information
(Autorización Para Divulgación de Información)

Fecha:

Fecha de entrega de la información:

Condado:
Número del Asistente:
Nombre del Asistente:
Teléfono:

Email:

Estimado/a

Este formulario le autoriza a compartir información con Department of Human Services (DHS).

Por favor, complete este formulario y devuélvalo a:

Si desea hacer preguntas, por favor llámame al teléfono indicado anteriormente.

Información Solicitada

SSI-información relaciando con la ubilación – por favor lee las preguntas en la página siguente.

Le agradeceré que comparta esta información con Department of Human Services. Doy mi permiso para que la persona u organismo mencionado anteriormente comparta información sobre mi familia o mi persona. Exonero a dicha persona de toda responsabilidad por entregar información, aún si la misma es confidencial. Este permiso expirará el _____.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma	Fecha

Por favor, utilice la página siguiente para responder esta solicitud.

Respuesta a la Solicitud

1. ¿Qué tipo de plan de retiro es éste? (IRA, plan con prestaciones definidas o plan con aportaciones definidas)

   _____

2. Para retirar los fondos, ¿es necesario que el miembro deje el empleo?

   _____ Sí _____ No

3. ¿El miembro está recibiendo pagos por jubilación actualmente?

   _____ Sí _____ No (saltar a la pregunta 4)

   De ser así, ¿con qué frecuencia? _____

   ¿Cuál es el monto mensual bruto? _____

4. Si actualmente el miembro no recibe pagos por jubilación, ¿se le están efectuando pagos por intereses?

   _____ Sí _____ No (saltar a la pregunta 5)

   De ser así, ¿con qué frecuencia? _____

   ¿A cuánto ascienden los pagos por intereses? _____

5. ¿Se espera que el monto bruto que recibe el miembro cambie en algún momento?

   _____ Sí _____ No (saltar a la pregunta 6)

   De ser así, ¿para cuándo se esperan esos cambios? _____

6. ¿El miembro puede cobrar en efectivo este plan de retiro?

   _____ Sí _____ No (saltar a la pregunta 7)

   Si es asi, ¿tiene la opción de cobrar en efectivo a tanto o una anualidad? _____

7. ¿Cuál es el monto que recibiría el miembro si retirase su fondo de retiro? Por favor, indique el monto bruto y todas las deducciones que serían retenidas, tales como impuestos, el impuesto del 10% por retiro anticipado y las sanciones.

   _____

   _____

   _____

Firma de la Persona que Comparte Información	Título
Teléfono	Fecha

Iowa Department of Human Services

Authorization for Release of Information
(Autorización Para Divulgación de Información)

Fecha:

Fecha de entrega de la información:

Condado:
Número del Asistente:
Nombre del Asistente:
Teléfono:

Email:

Estimado/a

Este formulario le autoriza a compartir información con Department of Human Services (DHS).

Por favor, complete este formulario y devuélvalo a:

Si desea hacer preguntas, por favor llámame al teléfono indicado anteriormente.

Información Solicitada

Deja de información de asuencia – por favor lee las preguntas en la página siguente.

Le agradeceré que comparta esta información con Department of Human Services. Doy mi permiso para que la persona u organismo mencionado anteriormente comparta información sobre mi familia o mi persona. Exonero a dicha persona de toda responsabilidad por entregar información, aún si la misma es confidencial. Este permiso expirará el _____.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma	Fecha

Por favor, utilice la página siguiente para responder esta solicitud.

Respuesta a la Solicitud

1. ¿Cuál es la fecha del despido o la licencia? _____

2. ¿Cuál es la fecha del último cheque de pago? _____

   ¿Cuál es el monto bruto? _____

3. ¿El empleado recibirá alguna indemnización por despido, licencia por enfermedad, pago por discapacidad o pago de vacaciones durante el tiempo en que se ausente del trabajo?

   _____ Sí _____ No (saltar a la pregunta 4)

   De ser así, ¿cuál es el monto de ese pago? _____

   ¿Cuándo lo recibirá? _____

4. ¿En qué fecha se prevé que regrese al trabajo? (si corresponde) _____

5. ¿En qué fecha se prevé que recibirá el primer cheque? _____

   ¿Cuál es el monto bruto? _____

6. ¿Cuántas horas a la semana se prevé que trabaje el cliente cuando regrese a su empleo? _____

7. ¿Desea suministrar alguna otra información?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma de la Persona que Comparte Información	Título
Teléfono	Fecha

Iowa Department of Human Services

Authorization for Release of Information
(Autorización Para Divulgación de Información)

Fecha:

Fecha de entrega de la información:

Condado:
Número del Asistente:
Nombre del Asistente:
Teléfono:

Email:

Estimado/a

Este formulario le autoriza a compartir información con Department of Human Services (DHS).

Por favor, complete este formulario y devuélvalo a:

Si desea hacer preguntas, por favor llámame al teléfono indicado anteriormente.

Información Solicitada

Veterano de los beneficios de la información – por favor lee las preguntas en la página siguente.

Le agradeceré que comparta esta información con Department of Human Services. Doy mi permiso para que la persona u organismo mencionado anteriormente comparta información sobre mi familia o mi persona. Exonero a dicha persona de toda responsabilidad por entregar información, aún si la misma es confidencial. Este permiso expirará el _____.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma	Fecha

Por favor, utilice la página siguiente para responder esta solicitud.

Respuesta a la Solicitud

Verifique por favor:

Nombre del miembro:
Número de Seguro Social (SSN):
Número de veterano: _____

1. Monto del beneficio mensual bruto para veteranos en _____ (de ser posible, por favor incluya una copia de la carta de adjudicación)

   _____

2. ¿Cuál sería el beneficio con UME? _____

3. ¿Cuál sería el beneficio sin UME? _____

4. ¿Qué tipo de beneficio recibió? _____

5. ¿La pensión está sujeta al descuento de $90?

   _____ Sí _____ No (saltar a la pregunta 6)

   De ser así, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia del descuento? _____

6. ¿Qué parte de la pensión es atribuible a UME? _____

7. ¿Qué monto corresponde a ayuda y asistencia? _____

8. ¿Qué monto corresponde a la asignación por confinación en el hogar? _____

9. ¿Qué monto corresponde a la asignación por personas a cargo? _____

10. Por favor, haga una lista de todas las deducciones de este beneficio que realiza el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por su sigla en inglés), incluido el monto de la deducción.

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

Firma de la Persona que Comparte Información	Título
Teléfono	Fecha