



Service Employees 32BJ North Health Benefit Fund  
140 Huguenot Street  
New Rochelle, NY 10801-5210  
(914) 637-7000

**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. Please read this form carefully.*

*Las leyes federales nos prohíben revelar información a otras personas sobre sus beneficios de salud o atención de salud, incluso a su cónyuge, sin su aprobación. Por favor, lea este formulario detenidamente.*

- Member Name/**Nombre del afiliado:** \_\_\_\_\_
- Empire Member Identification Number/  
**Número de identificación de afiliado de Empire:** \_\_\_\_\_
- Social Security Number if no Empire ID/**Número de Seguro Social si no posee documento de 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 el presente autorizo a la siguiente persona/entidad a recibir mi información de salud o del afiliado mencionado anteriormente y/o la designo como mi representante para que actúe en nombre mío/del afiliado mencionado.*

**PRINT: Name of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative**

**EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado**

**PRINT: Address of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative**

**EN LETRA DE IMPRENTA: Dirección de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado**

**PRINT: Telephone Number of Authorized Person/Entity and/or Designated Representative**

**EN LETRA DE IMPRENTA: Número de Teléfono de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado**

- I authorize Service Employees 32BJ North Health Benefit Fund (the Fund) to: *Check all actions that apply/* **Autorizo al Service Employees 32BJ North Health Benefit Fund (el Fondo) a: *Marque todas las acciones 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 información sobre reclamos, pagos, primas, elegibilidad, administración médica, control de enfermedades y beneficios a la Persona/Entidad autorizada y/o Representante Designado mencionado (tache los que no correspondan).*
- 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). I have attached a fully execute Power of Attorney naming the above-named authorized Person/Entity and/or Designated Representation. **Appropriate legal documents must be attached. 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.** *permitir a mi Representante Designado a actualizar mi información de inscripción (por ejemplo, dirección, número de teléfono), y/o a cambiar a mi médico de atención primaria, o a inscribirme en el website de los afiliados de Empire (tache los que no correspondan). He adjuntado un Poder de Representación debidamente ejecutado que nombra a la Persona/Entidad autorizada y/o Representante Designado mencionado. **Deben adjuntarse los documentos legales pertinentes. 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 (tache los que no correspondan).
- Other (specify)/ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

• Purpose of this Authorization (check one)/Finalidad de esta Autorización (marque uno):

- At the request of the member/A solicitud del afiliado
- For the following purposes/Para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

• 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. ***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 take in reliance upon it, by submitting a request in writing to the Fund.*** I understand that the person/entity I have named to receive information may not be subject to privacy laws. They may be able to release the information and privacy laws may no longer protect the information.

Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información y/o la Designación de un Representante sólo permite las acciones especificadas arriba y no incluye la habilidad para hacer decisiones con respecto a mi atención médica. ***Entiendo que puedo revocar esta Autorización a Divulgar Información y/o Designación de un Representante en cualquier momento, excepto cuando ya se haya actuado basándose en la misma, pidiéndolo por escrito al Fondo.*** Entiendo que la persona/entidad que he nombrado para que reciba información puede no estar sujeta a las leyes de privacidad. Podría divulgar la información y las leyes de privacidad yo 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 el presente afirmo que soy el afiliado anteriormente mencionado o la persona con la autoridad legal para actuar en nombre del afiliado anteriormente mencionado (tenga en cuenta que toda persona legalmente autorizada que no sea el padre o la madre debe adjuntar documentación legal apropiada a este formulario, por ejemplo: Poder de Representación, Tutela Legal, Orden Judicial, entre otros documentos).

\_\_\_\_\_  
 Signature of Member/Parent/Legally Authorized Person/  
 Firma del Afiliado/Padre o Madre/Persona Legalmente Autorizada

\_\_\_\_\_  
 Print name of Member/Parent/Legally Authorized Person/  
 Nombre en letra de imprenta del Afiliado/Padre o Madre/Persona  
 Legalmente Autorizada

\_\_\_\_\_  
 Date/Fecha