



STATE OF CONNECTICUT  
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

W-297  
(New 4/03)

**REQUEST TO RESTRICT USE/DISCLOSURE OF  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

You have the right to request that the Department of Social Services restrict protected health information. If the Department grants your request, it does not apply to disclosures that are required by law or required by the Secretary of Health and Human Services to investigate the Department of Social Services compliance with the federal Privacy Rule.

**Request a Restriction**

I, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ request the following restriction  
(Name) (Client ID#)  
on the use and disclosure of my protected health information (PHI) maintained by the Department of Social Services:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Request to Terminate a Restriction**

I, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ request to terminate the following  
(Name) (Client ID#)  
restriction on the use and/or disclosure of my protected health information (PHI) maintained by the Department of Social Services:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Client or Authorized Representative*

\_\_\_\_\_  
*Date*

*If signed by the Authorized Representative, please provide authority in the capacity of the Authorized Representative*

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Relationship

**Action on Request**

Has been:  Accepted  Denied

**Reason for Denial**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



W-297  
(New 4/03)

**PETICION PARA RESTRINGIR EL USO / REVELACION DE  
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Usted tiene el derecho para pedir que el Departamento de Servicios Sociales restringe la información de salud protegida. Si el Departamento concede su petición, esto no aplica a revelación que se requiere por la ley o requerido por el Secretario de Salud y Servicios Humanos a investigar al Departamento de Servicios Sociales de acuerdo con la Regla de Privacidad federal.

**Petición de una Restricción**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ pido la siguiente restricción en el uso y  
(Nombre) (ID # del Cliente)  
revelación de mi información de salud protegida (PHI) mantenido por el Departamento de Servicios Sociales:

**Petición a Terminar una Restricción**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ pido terminar la siguiente restricción en el  
(Nombre) (ID # del Cliente)  
uso y / o revelación de mi información de salud protegida (PHI) mantenido por el Departamento de Servicios Sociales:

\_\_\_\_\_  
*Firma de Cliente o Representante Autorizado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

*Si firmado por el Representante Autorizado, por favor proporcione la autoridad en capacidad de Representante Autorizado*

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Parentesco

**Acción en Petición**

Ha sido:  Aceptado  Denegado

**Razón para Denegación**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_