

健康與公眾服務執行辦公室
MEDICAID 辦公室 (MASSHEALTH)

獲取和分享 MASSHEALTH 兒童與青少年需求和強項 (CANS) 系統中的資訊許可表

MassHealth 會員 (簡稱「會員」) 姓名 _____

行為健康評估員 (簡稱「評估員」) 姓名 _____

服務提供者機構 (簡稱「服務提供者」) 名稱 _____

服務提供者地址 _____

_____ (會員) 年齡在 21 歲以下，目前正在接受行為健康評估。

什麼是 CANS?

行為健康服務提供者 (簡稱「服務提供者」) 使用一種稱為「兒童和青少年需求和強項」(CANS) 的工具，搜集有關 21 歲以下會員的行為健康資訊。對於接受持續治療的會員，服務提供者將定期更新 CANS，至少每 90 天更新一次。

使用 CANS 工具搜集的資訊 (簡稱「CANS 資訊」) 幫助服務提供者完成多項工作，例如：

- 決定會員可能需要接受哪些行為健康服務
- 核查行為健康服務在長時期內對會員的幫助

為什麼 MassHealth 希望獲取和分享 CANS 資訊

MassHealth 有一套電腦系統，允許服務提供者每次完成或更新行為健康評估後輸入 CANS 資訊。MassHealth 希望使用該系統存取 CANS 資訊，並與服務提供者和 MassHealth 管理護理實體 (負責管理會員護理和為會員護理付款的機構) 分享 CANS 資訊，以便此類機構能夠共同合作，確保向會員提供的行為健康服務符合會員的需求。透過該系統分享 CANS 資訊還將幫助會員的服務提供者更好地瞭解會員的醫療史，減少此類服務提供者必須向會員瞭解的資訊總量，詳細說明見下文。

在獲得您的許可後，上述服務提供者會將搜集的有關會員的任何 CANS 資訊輸入 MassHealth 系統。MassHealth 將能夠透過該系統存取此類資訊，並向服務提供者提供此類資訊，供服務提供者今後使用。MassHealth 還將使用該系統，允許服務提供者存取其他服務提供者輸入的有關會員的任何 CANS 資訊，從而允許服務提供者在需要時更新會員的 CANS 資訊，而無需重新輸入所有的 CANS。如果您同意，MassHealth 還將使用該系統，允許會員的其他服務提供者在獲得許可後存取 CANS 系統服務提供者輸入的 CANS 資訊，以便他們瞭解會員的醫療史，無需再讓會員重複此類資訊。您的許可還將允許 MassHealth 使用該系統，允許會員註冊參加的 MassHealth 管理護理實體存取服務提供者搜集的 CANS 資訊。

您的許可

您在下方的簽名表示您許可上述服務提供者：

- 在 MassHealth 系統中輸入此類服務提供者搜集的有關會員的所有 CANS 資訊
- 查看和複製其他服務提供者在 MassHealth CANS 系統中輸入的有關會員的任何 CANS 資訊

您在下方的簽名還表示，您許可 MassHealth 使用該系統與以下人士和機構分享服務提供者搜集的 CANS 資訊：

- 本表第一頁中註明的服務提供者
- CANS 輸入 MassHealth CANS 系統時會員註冊參加的 MassHealth 管理護理實體
- 獲得您的許可的其他服務提供者

您應當瞭解的事項

MassHealth 和服務提供者均不得以您是否在本表中簽名或您是否在今後決定撤銷許可作為提供治療服務、付款、註冊或享受福利資格的條件。

如果您許可開展上述活動，服務提供者將在 MassHealth 系統中輸入有關會員的 CANS 資訊，MassHealth 將存取此類資訊，並與服務提供者、獲得許可的其他服務提供者以及會員的管理護理實體分享此類資訊。您的許可還將許可 MassHealth 允許服務提供者存取會員的其他服務提供者在系統中輸入的 CANS 資訊。請注意，即使未獲得您的許可，MassHealth 和服務提供者亦可能在法律要求或許可的情況下使用或披露有關會員的 CANS 資訊。

在透過 MassHealth 系統分享 CANS 資訊後，分享資訊的機構不再能夠控制資訊如何使用或披露。在由 MassHealth、服務提供者或管理護理實體持有資訊時，有關 CANS 資訊的隱私權法可能會不同，但每一個機構在使用或披露此類資訊時必須遵守對自身適用的隱私權法。

您可以在本表下方填寫許可終止日期。如果您不填寫日期，本許可將從您簽署本表的日期起一年後終止。

您可以隨時以書面形式撤銷本許可。撤銷許可將阻止服務提供者和 MassHealth 使用 MassHealth 系統分享在您取消許可之後搜集的 CANS 資訊。在收到您的撤銷許可之前已經透過 MassHealth 系統向 MassHealth、管理護理實體、服務提供者或其他經授權服務提供者提供的資訊無法撤銷。

書面撤銷許可必須：

- 說明會員的姓名
- 說明會員的出生日期
- 說明您的身份
- 說明您是否是會員、會員的監護家長，或解釋您為什麼能夠代表會員
- 說明您要求撤銷在線輸入和分享 CANS 資訊的許可

您必須按照本表第一頁中所列的地址將書面撤銷許可寄給服務提供者。然後，服務提供者必須通知 MassHealth，將書面撤銷許可通知的掃描副本用電子郵件發送至：CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US

您的簽名

您在本許可表中的簽名表示，您許可按照上述方法使用和披露有關會員的 CANS 資訊。您還表示：您已經閱讀本表全文，並自願在表中簽名；您有權收到一份本表的簽名副本。

簽署許可表人士的姓名（用大寫字母填寫）

簽署許可表人士的簽名

簽署日期（許可開始日期）

許可終止日期（如果在本行沒有填寫日期，許可將從簽署日期開始一年後終止。）

請勾選以下一行，說明您為什麼可以根據法律簽署本許可表。

_____ 我是會員。我已年滿 18 歲或以上。如果我沒有年滿 18 歲或以上，我因法律許可的其他原因可以做出許可決定。

_____ 我是會員的監護父母。

_____ 我能夠代表會員做出分享醫療資訊的許可決定。我已經隨附一份法律文件，說明為什麼我可以這樣做。

服務提供者請注意：必須將一份本表的簽名副本交給會員或看護人。如果會員或看護人其後撤銷本同意書，您必須將撤銷通知的掃描副本用電子郵件發送至：

CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US