*马萨诸塞州*    *心理卫生厅*

***成年人服务申请表***   ***生效日2009年10月*** *(2015年10月修订)*

**DMH的宗旨：**

心理卫生厅（DMH）为有严重和持续心理疾病人士提供服务和支持，让他们能够在社区里独立生活。

**如何申请DMH的服务？**

年满18岁以上，要通过DMH申请心理健康服务的人必须提交填妥的以下表格，并且在指定的**签名和日期处**签署：

* *成年人服务*申请表。
* *提供信息授权书* (请看第8页)

虽然在申请服务时不需要额外信息，DMH鼓励申请人提交**现成的**医疗/精神病信息。我们强烈建议把这些信息和申请表同时提交，以加快决定过程。额外信息包括：

* 门诊精神病记录和检验，以及
* 医院的住院和出院报告。

**给服务业者的说明:**

协助填写向DMH提交的申请表的服务业者必须确认，申请人或其监护人已经被告知，并且不反对提交这份申请表。申请必须包含以下临床信息：

* 精神病评估，包括DSM(心理障碍诊断与统计手册)诊断,
* 任何现成的评估（例如心理学、药物、神经心理学检验等），
* 任何现成的住院和出院小结，
* 当前的治疗计划，以及
* *提供信息授权书* (请看第10页)

必要时DMH可能会要求额外的临床信息。

**提交申请后您可以预期的进展：**

在您提交*成年人服务申请表*后7天内，DMH会通过电话联系申请人或监护人。电话联系的目的是：

* 确认DMH收到了*成年人服务申请表*，
* 谈论决定的过程，
* 确认申请人或监护人仍要继续决定的过程，
* 评估申请人的立即或开始呈现的需求，给予适当的回应，并且
* 开始搜集支持申请人服务申请的有关医疗或其他信息。

必要时，DMH的一名*临床服务授权专家*可能会要求和申请人以及/或监护人进行一次面对面的会谈，以进一步讨论和评估申请人的需求。在多数情况下，面谈会在DMH的一间办公室进行。在其他情况下，面谈可能会在双方同意的其他地点进行。

DMH的区域主管或指派代表会在收到并且根据DMH的规定 [**http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf**](http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf)审核信息后，就服务申请做出决定。

如果判定申请人符合提供服务的临床标准，区域主管或指派代表必须决定申请人是否需要DMH的服务。基于DMH能够提供的服务有限，DMH必须决定哪些人应优先获得服务，以及如何提供服务。DMH规则设定了用来决定谁能优先获得DMH服务以及如何分配这些服务的标准。

*马萨诸塞州*    *心理卫生厅*

***成年人服务申请表***   ***生效日2009年10月*** *(2015年10月修订)*

**去哪里拿申请表和*提供信息授权书*:**

所有DMH区域和地方办公室、紧急住院精神病设施、和全州许多社区方案都备有英文、西班牙文、海地文、和葡萄文版的*成年人服务申请表*和*提供信息授权书*，您也可以上DMH的网站 [www.mass.gov/dmh](http://www.mass.gov/dmh) 下载。必要时DMH可以提供其他语言的口译员，同时视需要提供其他协助。

**申请的要求条件：**

签名并且注明日期的*成年人服务申请表*和*提供信息授权书*必须用递送、邮寄、或传真方式提交给在申请当时负责申请人住处社区的DMH区域或地方办公室。

**把*成年人服务申请表*寄到哪里**：

请从以下几页的名单里找到您的城市或乡镇，再把申请表寄到下表相应的DMH办公室。 如果您有任何问题，请打列示的电话号码。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **办公室** | **通信地址** | **电话号码** | **传真号码** |
| Boston | 85 East Newton Street, Boston, MA 02118 | (617) 626-9200 | (617) 626-9216 |
| Brockton | 165 Quincy Street, Brockton, MA 02302 | (508) 897-2000 | (508) 897-2047 |
| Northampton | 1 Prince Street, Northampton, MA 01060 | (413) 587-6200 | (413) 587-6240 |
| Tewksbury | P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387 | (978) 863-5000 | (978) 863-5091 |
| Worcester | 361 Plantation St. Worcester, MA 01605 | (774) 420-3140 | (774) 420-3165 |

请不要把申请表寄到DMH在波士顿Staniford街的中心办公室。因为这样会让申请表误传，造成决定过程的推迟。

如果您有任何关于申请过程的问题，或是需要有关申请表应该寄到哪里的信息，请联系*DMH信息和转介专线*，电话 **1-800-221-0053** (周一到周五，上午9点–下午5点)。

*马萨诸塞州*    *心理卫生厅（DMH）*

***成年人服务申请表***   ***生效日2009年10月*** *(2015年10月修订)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **City or Town** | **DMH Office** | **City or Town** | **DMH Office** | **City or Town** | **DMH Office** | **City or Town** | **DMH Office** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abington | Brockton | Boston - Hyde Park | Boston | Danvers | Tewksbury | Hadley | Northampton |
| Acton | Tewksbury | Boston-Jamaica Plain | Boston | Dartmouth | Brockton | Halifax | Brockton |
| Acushnet | Brockton | Boston - Mattapan | Boston | Dedham | Worcester | Hamilton | Tewksbury |
| Adams | Northampton | Boston - North End | Boston | Deerfield | Northampton | Hampden | Northampton |
| Agawam | Northampton | Boston - Revere | Boston | Dennis | Brockton | Hancock | Northampton |
| Alford | Northampton | Boston - Roslindale | Boston | Dennisport | Brockton | Hanover | Brockton |
| Allston | Boston | Boston - Roxbury | Boston | Dighton | Brockton | Hanson | Brockton |
| Amesbury | Tewksbury | Boston - Somerville | Boston | Dorchester | Boston | Hardwick | Worcester |
| Amherst | Northampton | Boston - South End | Boston | Douglas | Worcester | Harvard | Worcester |
| Andover | Tewksbury | Boston - Southie | Boston | Dover | Worcester | Harwich | Brockton |
| Aquinnah | Brockton | Boston – W. Roxbury | Boston | Dracut | Tewksbury | Harwichport | Brockton |
| Arlington | Tewksbury | Boston - Winthrop | Boston | Dudley | Worcester | Hatfield | Northampton |
| Ashburnham | Worcester | Bourne | Brockton | Dunstable | Tewksbury | Haverhill | Tewksbury |
| Ashby | Worcester | Boxborough | Tewksbury | Duxbury | Brockton | Hawley | Northampton |
| Ashfield | Northampton | Boxford | Tewksbury | East Boston | Boston | Heath | Northampton |
| Ashland | Worcester | Boylston | Worcester | E. Bridgewater | Brockton | Hingham | Brockton |
| Assonet | Brockton | Bradford | Tewksbury | East Brookfield | Worcester | Hinsdale | Northampton |
| Athol | Northampton | Braintree | Brockton | E. Longmeadow | Northampton | Holbrook | Brockton |
| Attleboro | Brockton | Brewster | Brockton | East Sandwich | Brockton | Holden | Worcester |
| Auburn | Worcester | Bridgewater | Brockton | Eastham | Brockton | Holland | Worcester |
| Avon | Brockton | Brighton | Boston | Easthampton | Northampton | Holliston | Worcester |
| Ayer | Worcester | Brimfield | Worcester | Easton | Brockton | Holyoke | Northampton |
| Back Bay | Boston | Brockton | Brockton | Edgartown | Brockton | Hopedale | Worcester |
| Baldwinville | Worcester | Brookfield | Worcester | Egremont | Northampton | Hopkinton | Worcester |
| Barnstable | Brockton | Brookline | Boston | Erving | Northampton | Hubbardston | Worcester |
| Barre | Worcester | Buckland | Northampton | Essex | Tewksbury | Hudson | Worcester |
| Beacon Hill | Boston | Burlington | Tewksbury | Everett | Tewksbury | Hull | Brockton |
| Becket | Northampton | Buzzards Bay | Brockton | Fairhaven | Brockton | Huntington | Northampton |
| Bedford | Tewksbury | Byfield | Tewksbury | Fall River | Brockton | Hyannis | Brockton |
| Belchertown | Northampton | Cambridge | Boston | Falmouth | Brockton | Hyde Park | Boston |
| Bellingham | Worcester | Canton | Worcester | Fenway | Boston | Ipswich | Tewksbury |
| Belmont | Tewksbury | Carlisle | Tewksbury | Fiskdale | Worcester | Jamaica Plain | Boston |
| Berkeley | Brockton | Carver | Brockton | Fitchburg | Worcester | Jefferson | Worcester |
| Berlin | Worcester | Charlemont | Northampton | Florida | Northampton | Kingston | Brockton |
| Bernardston | Northampton | Charlestown | Boston | Foxborough | Worcester | Lakeville | Brockton |
| Beverly | Tewksbury | Charlton | Worcester | Framingham | Worcester | Lancaster | Worcester |
| Billerica | Tewksbury | Chatham | Brockton | Franklin | Worcester | Lanesborough | Northampton |
| Blackstone | Worcester | Chelmsford | Tewksbury | Freetown | Brockton | Lawrence | Tewksbury |
| Blandford | Northampton | Chelsea | Boston | Gardner | Worcester | Lee | Northampton |
| Bolton | Worcester | Cherry Valley | Worcester | Gay Head | Brockton | Leicester | Worcester |
| Bondsville | Northampton | Cheshire | Northampton | Georgetown | Tewksbury | Lenox | Northampton |
| Boston - Allston | Boston | Chester | Northampton | Gilbertville | Worcester | Leominster | Worcester |
| Boston - Back Bay | Boston | Chesterfield | Northampton | Gill | Northampton | Leverett | Northampton |
| Boston - Beacon Hill | Boston | Chicopee | Northampton | Gloucester | Tewksbury | Lexington | Tewksbury |
| Boston - Brighton | Boston | Chilmark | Brockton | Goshen | Northampton | Leyden | Northampton |
| Boston - Brookline | Boston | Clarksburg | Northampton | Gosnold | Brockton | Lincoln | Tewksbury |
| Boston - Cambridge | Boston | Clinton | Worcester | Grafton | Worcester | Linwood | Worcester |
| Boston-Charlestown | Boston | Cohasset | Brockton | Granby | Northampton | Littleton | Tewksbury |
| Boston - Chelsea | Boston | Colrain | Northampton | Granville | Northampton | Longmeadow | Northampton |
| Boston - Chinatown | Boston | Concord | Tewksbury | Great Barrington | Northampton | Lowell | Tewksbury |
| Boston - Dorchester | Boston | Conway | Northampton | Green Harbor | Brockton | Ludlow | Northampton |
| Boston - Downtown | Boston | Cotuit | Brockton | Greenfield | Northampton | Lunenburg | Worcester |
| Boston - East | Boston | Cummington | Northampton | Groton | Worcester | Lynn | Tewksbury |
| Boston - Fenway | Boston | Dalton | Northampton | Groveland | Tewksbury | Lynnfield | Tewksbury |

*马萨诸塞州*    *心理卫生厅（DMH）*

***成年人服务申请表***   ***生效日2009年10月*** *(2015年10月修订)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **City or Town** | **DMH Office** | **City or Town** | **DMH Office** | **City or Town** | **DMH Office** | **City or Town** | **DMH Office** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Malden | Tewksbury | North Truro | Brockton | Sandisfield | Northampton | Wales | Worcester |
| Manchester | Tewksbury | Northampton | Northampton | Sandwich | Brockton | Walpole | Worcester |
| Manomet | Brockton | Northborough | Worcester | Saugus | Tewksbury | Waltham | Tewksbury |
| Mansfield | Brockton | Northbridge | Worcester | Savoy | Northampton | Ware | Northampton |
| Marblehead | Tewksbury | Northfield | Northampton | Scituate | Brockton | Wareham | Brockton |
| Marion | Brockton | Norton | Brockton | Seekonk | Brockton | Warren | Worcester |
| Marlborough | Worcester | Norwell | Brockton | Sharon | Worcester | Warwick | Northampton |
| Marshfield | Brockton | Norwood | Worcester | Sheffield | Northampton | Washington | Northampton |
| Marston Mills | Brockton | Oak Bluffs | Brockton | Shelburne | Northampton | Watertown | Tewksbury |
| Martha’s Vineyard | Brockton | Oakham | Worcester | Sherborn | Worcester | Wayland | Worcester |
| Mashpee | Brockton | Onset | Brockton | Shirley | Worcester | Webster | Worcester |
| Mattapan | Boston | Orange | Northampton | Shrewsbury | Worcester | Wellesley | Worcester |
| Mattapoisett | Brockton | Orleans | Brockton | Shutesbury | Northampton | Wellfleet | Brockton |
| Maynard | Tewksbury | Osterville | Brockton | Somerset | Brockton | Wendell | Northampton |
| Medfield | Worcester | Otis | Northampton | Somerville | Boston | Wenham | Tewksbury |
| Medford | Tewksbury | Oxford | Worcester | South Boston | Boston | West Barnstable | Brockton |
| Medway | Worcester | Palmer | Northampton | South Hadley | Northampton | West Boylston | Worcester |
| Melrose | Tewksbury | Paxton | Worcester | South Wellfleet | Brockton | West Bridgewater | Brockton |
| Mendon | Worcester | Peabody | Tewksbury | South Yarmouth | Brockton | West Brookfield | Worcester |
| Merrimac | Tewksbury | Pelham | Northampton | Southampton | Northampton | West Newbury | Tewksbury |
| Methuen | Tewksbury | Pembroke | Brockton | Southborough | Worcester | West Roxbury | Boston |
| Middleborough | Brockton | Pepperell | Worcester | Southbridge | Worcester | West Springfield | Northampton |
| Middlefield | Northampton | Peru | Northampton | Southwick | Northampton | West Stockbridge | Northampton |
| Middleton | Tewksbury | Petersham | Northampton | Spencer | Worcester | West Tisbury | Brockton |
| Milford | Worcester | Phillipston | Northampton | Springfield | Northampton | West Yarmouth | Brockton |
| Millbury | Worcester | Pittsfield | Northampton | Sterling | Worcester | Westborough | Worcester |
| Millers Falls | Northampton | Plainfield | Northampton | Stockbridge | Northampton | Westfield | Northampton |
| Millis | Worcester | Plainville | Worcester | Stoneham | Tewksbury | Westford | Tewksbury |
| Millville | Worcester | Plymouth | Brockton | Stoughton | Brockton | Westhampton | Northampton |
| Milton | Brockton | Plympton | Brockton | Stow | Tewksbury | Westminster | Worcester |
| Monroe | Northampton | Pocasset | Brockton | Sturbridge | Worcester | Weston | Worcester |
| Monson | Northampton | Princeton | Worcester | Sudbury | Worcester | Westport | Brockton |
| Montague | Northampton | Provincetown | Brockton | Sunderland | Northampton | Westwood | Worcester |
| Monterey | Northampton | Quincy | Brockton | Sutton | Worcester | Weymouth | Brockton |
| Montgomery | Northampton | Randolph | Brockton | Swampscott | Tewksbury | Whately | Northampton |
| Mt Washington | Northampton | Raynham | Brockton | Swansea | Brockton | White Horse Bch | Brockton |
| Nahant | Tewksbury | Reading | Tewksbury | Taunton | Brockton | Whitinsville | Worcester |
| Nantucket | Brockton | Rehoboth | Brockton | Teaticket | Brockton | Whitman | Brockton |
| Natick | Worcester | Revere | Boston | Templeton | Worcester | Wilbraham | Northampton |
| Needham | Worcester | Richmond | Northampton | Tewksbury | Tewksbury | Williamsburg | Northampton |
| New Ashford | Northampton | Rochdale | Worcester | Thorndike | Northampton | Williamstown | Northampton |
| New Bedford | Brockton | Rochester | Brockton | Three Rivers | Northampton | Wilmington | Tewksbury |
| New Braintree | Worcester | Rockland | Brockton | Tisbury | Brockton | Winchendon | Worcester |
| New Marlborough | Northampton | Rockport | Tewksbury | Tolland | Northampton | Winchester | Tewksbury |
| New Salem | Northampton | Roslindale | Boston | Topsfield | Tewksbury | Windsor | Northampton |
| Newbury | Tewksbury | Rowe | Northampton | Townsend | Worcester | Winthrop | Boston |
| Newburyport | Tewksbury | Rowley | Tewksbury | Truro | Brockton | Woburn | Tewksbury |
| Newton | Worcester | Roxbury | Boston | Turners Falls | Northampton | Wollaston | Brockton |
| Norfolk | Worcester | Royalston | Northampton | Tyngsborough | Tewksbury | Woods Hole | Brockton |
| North Adams | Northampton | Russell | Northampton | Tyringham | Northampton | Worcester | Worcester |
| North Andover | Tewksbury | Rutland | Worcester | Upton | Worcester | Worthington | Northampton |
| North Attleboro | Brockton | Sagamore | Brockton | Uxbridge | Worcester | Wrentham | Worcester |
| North Brookfield | Worcester | Salem | Tewksbury | Vineyard Haven | Brockton | Yarmouth | Brockton |
| North Reading | Tewksbury | Salisbury | Tewksbury | Wakefield | Tewksbury | Yarmouthport | Brockton |

*马萨诸塞州*    *心理卫生厅（DMH）*

***成年人服务申请表***   ***生效日2009年10月*** *(2015年10月修订)*

**种族和族裔类别：**

请您提供种族和族裔的信息是因为这样DMH才能更好地提供在文化和语言层面都合适，以个人为中心的服务。它也可以帮助心理卫生厅符合相关规章和标准的规定，并且策划尚未满足的服务需求。

是否提供种族和族裔信息是选择性的。不论您选择提供或是不提供，都完全不会影响您的DMH服务申请。

您可以用以下选项来填写*成年人服务申请表*里的“种族”和“族裔”类别。如果您有多个种族或族裔背景，欢迎您在填写申请表的时候表明。

**种族**

以下名称取自联邦政府：

|  |
| --- |
| **种族选项** |
| 黑人**或**非裔美人 |
| 亚洲人 |
| 黑人/拉美裔美人 |
| 美国印第安/阿拉斯加原住民 |
| 选择不表明本身的种族 |
| 其他 |
| 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 |
| 两种以上种族背景 |
| 不详 |
| 白人/拉美裔美人 |
| 白人/非拉美裔美人 |

**族裔**

族裔的定义是因为有共同的祖国、历史、祖先、语言、或风俗和文化经验而和您有关系的一群人。提供  
下表只是为了显示一些族裔或族群的例子，它并不是完整的列表。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **族裔举例** | | |
| 阿尔巴尼亚人 | 希腊人 | 巴基斯坦人 |
| 美洲 - 美国人 | 危地马拉人 | 秘鲁人 |
| 亚美尼亚人 | 海地人 | 巴拿马人 |
| 不丹人 | 拉美裔，其他 | 波兰人 |
| 波斯尼亚人 | 赫蒙族 | 葡萄牙人 |
| 巴西人 | 洪都拉斯人 | 波多黎各人 |
| 缅甸人 | 印度人 | 俄罗斯人 |
| 柬埔寨人 | 伊朗人 | 萨尔瓦多人 |
| 加拿大人 | 伊拉克人 | 索马里人 |
| 佛得角人 | 爱尔兰人 | 泰国人 |
| 华人 | 以色列人 | 西藏人 |
| 哥伦比亚人 | 意大利人 | 乌克兰人 |
| 刚果人 | 日本人 | 不详 |
| 哥斯达黎加人 | 朝鲜人 | 委内瑞拉人 |
| 多米尼加人 | 老挝人 | 越南人 |
| 埃及人 | 黎巴嫩人 | 西印度群岛人 /加勒比海人 |
| 厄立特里亚人 | 墨西哥人 |  |
| 埃塞俄比亚人 | 摩洛哥人 | 两种以上族裔背景 |
| 菲律宾人 | 尼日利亚人 | 其他 |
| 法国人 | 尼加拉瓜人 | 选择不表明本身的族裔 |

#### 马萨诸塞州 心理卫生厅（DMH）

### 成年人服务申请表 生效日2009年10月 *(2015年10月修订)*

姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 社安号 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (姓) (名) (中间名) (社会安全号)

住址 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(房号和街名) (公寓号) (市) (州) (邮编)

我们怎么联系您？ （请在所有适用选项前打勾并且提供电话号码/邮箱）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 白天/工作电话 | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 我们可以留言吗？ 是  否 |
|  | 晚上电话 | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 我们可以留言吗？ 是  否 |
|  | 手机 | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 我们可以留言吗？ 是  否 |
|  | 邮箱 |  | 我们可以留言吗？ 是  否 |

出生日期 / / 年龄 \_\_ 性别 \_\_ 种族 \_\_ 族裔 \_\_ 婚姻状态 \_\_\_ 月 日 年 *(可以不写)* *(可以不写)*

语言偏好 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 您说英语吗? 是  否

您有耳聋或重听吗？ 有  没有 您需要口译服务吗? 是  否

您曾在军中服役吗？ 是  否  不详

紧急联系人姓名 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 电话# \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_   
*请附上一份提供信息授权* (姓) (名)

**监护人信息：**

您有法庭指派的法定监护人吗？ 是  否  如果有，是哪个类别? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*如果有，请连同这个申请表提交监护权命令。法定监护人必须签署这份申请表以及所有《提供信息授权书》，我们才能处理申请。*

法定监护人姓名\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ 关系\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (姓) (名) (和申请人的关系)

监护人住址\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ (房号和街名) (公寓号) (市) (州) (邮编)

我们怎么联系监护人？ （请在所有适用选项前打勾,并且提供电话号码/邮箱）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 白天/工作电话 | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 我们可以留言吗？ 是  否 |
|  | 晚上电话 | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 我们可以留言吗？ 是  否 |
|  | 手机 | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 我们可以留言吗？ 是  否 |
|  | 邮箱 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ | 我们可以发送留言吗？是  否 |

# 健康保险：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 没有健康保险 | |  | Medicare |  | One Care |  | Medicare/Medicaid |  | |
| 正在申请健康保险 | | | 请说明保险: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Medicaid/MassHealth (麻州医保补助） | | | 类别: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 如果有MassHealth并且不满21岁，申请人是否已经加入了CBHI(青少年行为健康)服务(*例如，居家治疗、医护照顾的协调等)?* 是 否 | | | | | | | | | |
| 请说明： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |
| 私人保险： | 请说明保险: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

# 收入来源

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作 |  | 社安生活补助 |  | 社会安全 |  | 家庭 |  |
| 没有收入 |  | 社安残疾福利 |  | 应急救助 |  | 其他 | 请说明: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

#### 马萨诸塞州 心理卫生厅（DMH）

### 成年人服务申请表 生效日2009年10月 *(2015年10月修订)*

**诊断信息：**

您目前有精神病的诊断吗？ 是  否  不详

|  |  |
| --- | --- |
| 如果有，请列出所有已知的诊断 |  |
|  | |
|  | |

**现况：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 您目前住在医院里吗？ | | | 是 | | 否 | 如果是，在哪里？\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 您目前无家可归吗？ | | | 是 | | 否 | 介入的机构，如果有的话：\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 您目前在狱中服刑吗？ | | | 是 | | 否 | 如果是，在哪里？\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 您目前在缓刑感化期吗？ | | | 是 | | 否 | 如果是，感化官姓名：\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 这是第688章转介吗？ | | | 是 | | 否 | 如果是，请列出LEA（当地教育主管机关): \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 目前有任何另外的州级机构介入吗？ 是  否  不详 | | | | | | | | | | | | | | |
| 如果是，有哪些机构？ 请选择所有适用者： | | | | | | | | | | | | | | |
| DCF | DDS | EOEA | | DPH | | | DYS | | MRC | | MCDHH | | MCB | VA |
| 如果您是父母或继父母，有子女和您一起住吗？ | | | | | | | | 是 | | 否 | | 不适用 | | |

基层心理健康医护业者**:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 请指明谁为您提供定期的心理健康医护。如果没有定期的心理健康医护，请用这一节指明您最近的心理健康医护照顾的来源。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基层心理健康医护业者: | | |  | | | | | | | 当前的服务业者？ | | | 是 | | | 否 | |
|  |  | | (姓) | | | (名) | | | |  | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | (房号和街名） | | | | （公寓号） | | | | （市） | | （州） | | | | （邮编） | | |
| 电话号码: | | ( ) | |  | | | 内线: |  | | | |

# 其他支持者：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 姓名 | 关系（例如，治疗师、家人、神职人员） | 地址 | 电话 | 提供 信息？ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#### 马萨诸塞州 心理卫生厅（DMH）

### 成年人服务申请表 生效日2009年10月 *(2015年10月修订)*

# 一般健康情况：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 请指明谁为您提供定期的医护照顾。如果没有定期的医护照顾，请用这一节指明您最近的医护照顾的来源。 | | | | | | | | | | | | |
| 家庭医生(基层医护业者) | | |  | | | | 当前的服务业者？ | | | | 是 | 否 |
|  |  | | (姓) | | (名) | |  | | | | | |
| 医护业者的地址： | | |  | | | |  | | | | | |
|  |  | | (房号和街名) (公寓号) | | | | (市) （州） （邮编） （（ (州) （邮编) | | | | | |
| 电话号码: | | ( ) | |  | |  | | | 内线： | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| 您是否有任何需要定期医护照顾的健康问题？ | | | | | | 是 | | 否 | | 不详 | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| 您是否曾被诊断有神经系统问题？ | | | | | | 是 | | 否 | | 不详 | | |
| 如果有，请描述目前的任何身体或神经系统问题： | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

**药物：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 您目前是否服用任何药物？ | 是 | 否 | 不详 |
| 如果有，请列出所有药物和剂量： |  | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 如果有，目前是谁为您处方这些药？ |  | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 您为什么要申请服务？ （请勾选所有适用者，并且用下面的空白加上您自己的意见） | | |
| 我目前已经在使用心理健康门诊服务，但觉得还需要额外的协助。 |  | |
| 我目前没有使用心理健康服务，但觉得有此需要 |  | |
| 其他人觉得我可能需要服务 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 您觉得需要什么样的服务？ |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

#### 马萨诸塞州 心理卫生厅（DMH）

### 成年人服务申请表 生效日2009年10月 *(2015年10月修订)*

***DMH服务的授权决定***

|  |
| --- |
| 申请人姓名： |

1. 我要求心理卫生厅(DMH)做出DMH服务的授权决定。我已经在这份申请表后附上了签好名的*提供信息授权书*。我理解，作为决定过程的部分作业，DMH会搜集和审核我的医疗记录。我理解我的姓名和有关我的信息会被输入DMH的记录保存系统。
2. 如果根据可以取得的临床记录不足以做出决定，DMH可能会要求和我面谈或进行临床评估。
3. 我将被要求提供有关我的收入和保险的信息，也可能会被要求针对服务支付根据我的支付能力计算的费用。
4. 我理解，当DMH因为申请人不符合接受DMH服务的标准而决定不核准申请人的服务时，申请人可以上诉这项决定。
5. 我已经收到了一份DMH的《隐私实践通知》（附在这份服务申请表后）。
6. 我允许DMH就我提出的DMH服务申请和以下指明的协助申请人士进行交流。这项许可的有效期到我的申请处理完毕，或是我通知DMH撤销许可时为止。

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

申请人或法定监护人签名 申请人姓名（正楷书写） 签署日期

# 协助申请人的人

这一节由服务业者或是协助申请人申请的其他人士填写。

姓名\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 关系\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (姓) (名) (和申请人的关系)

住址\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ (房号和街名) (公寓号) (市) (州) (邮编)

电话 ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 白天  晚上  手机

**代表申请人提交申请表的方案或设施**

本节由代表申请人提交申请表的方案或设施填写。

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

方案或设施的名称 申请人姓名

申请人已于 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_被告知，将有一份申请表由他人代为提交，并且他／她不反对

申请人没有行为能力，正在向管辖法院申请监护权(附上申请副本)

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

您的姓名(请用正楷书写) 您的签名和职称

**提交授权提供医疗信息的表格**

作为申请DMH服务的决定过程的一部分，DMH会审核所有申请人已经接受的心理健康治疗的现成记录。请连同这份申请表提交已经签名的*提供信息授权书*。

1. 请就**每一个服务业者**提交一份已经签名的*提供信息授权书*。如果是通过诊所提供的心理医护，请指明诊所里的一名医护业者。
2. 此外，请就申请人希望在决定过程中获得考虑的任何其他临床信息提交*提供信息授权书*。
3. 请查明每一份授权书里的业者姓名、地址、电话号码正确无误。正确的姓名、地址、电话号码可以加快审核过程。

**这份申请表一共附了几份*提供信息授权书*** **?**

DMH也会审核申请人或协助申请的人士所持有，并且希望提交考虑的任何医疗记录。

1. 请就附在本申请表后的每一份医疗记录填写并签署一份*提供信息授权书*，以备DMH工作人员需要澄清报告里的信息时使用。
2. 医疗记录无法返还，所以请不要把原件寄来。

**这份申请表附有几份医疗报告？**

# 

马萨诸塞州

心理卫生厅

# *提供信息授权书*

## 双向

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名:**  **地址:** | | **所有别名：**  **电话：** |
| **社会安全号：** |  | **出生日期：** |

***本人授权心理卫生厅（DMH）可以通过本授权书指示的口头或书面方式,接获来自以下人士、机构、或设施的信息、以及向他们提供信息。***

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名:**       **收件人:** | **电话：** |
| **街名:**       **市/乡镇:**       **州**:       **邮编:** | |

*DMH联系方式：*

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名:**  **地址:** | **电话：** |

***填写这份表格的人必须提供有关所要求信息的日期。请注意，要求提供心理治疗记录的申请不得和任何其他类别的申请混在一起。***

***请指明要求提供的信息：***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整份记录 | 出院小结 | 评估 | 治疗计划 |
| 住院文件 | 转院小结 | 评估和检验 | 心理治疗记录 |
| 个人服务计划和个人行动计划 | 体检 | 实验室报告 | 咨询(请填写咨询医生姓名) |
| 精神病记录 | 神经精神检验 | 其他 (请详细说明于下) |  |

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

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

**授权的目的（必须选一项）:**

信息主体或其个人代表启动了授权(不必详细说明目的）

**或**

协调医护照顾  便利请款

转介  获得保险、财务、或其他福利

其他目的 (请详细说明): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**本授权书的副本将视为和正本具有同等效力。**

第1/2页

马萨诸塞州

心理卫生厅

# *提供信息授权书*

**双向（续）**

**除了DMH以外的可以接受或提供信息的个人/设施/机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

我理解我可以随时取消这个授权。如果我要取消这次授权，必须采用书面方式，并且前往第一页列出的DMH地址出示取消声明。我理解，上述取消将不适用于已经根据本授权提供的信息。我理解，如果法律规定我的保险公司有权辩驳根据我的保单提出的索赔时，上述取消将不适用于我的保险公司。这份授权将于(请指定一个日期、期间、或事件）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 期满失效，或者如果未经指定，将于我不再接受DMH提供的服务时失效。我理解，一旦上述信息已经提供给DMH以外的任何个人、设施、或机构时，接获信息者可能会再转提供它，并且该信息可能不再受到联邦或州隐私法律规章的保障。我理解，授权他人使用或披露以上指明的信息是自愿的。同时签署这份表格并不是我接受DMH或任何指定的个人、设施、或机构为我提供治疗或服务的必要条件。但是，如果DMH以及/或其他指定的个人、设施、或机构不能提供或是接获信息，可能会使他们无法提供适当或必要的医护照顾。

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您的签名或个人代表的签名 日期

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

正楷填写签名人姓名

如果是由个人代表签名，必须提供以下信息

法源类别（例如，由法院指派、身为有抚养权的父母）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

提供信息的特别授权 (**请在所有适用选项前简签)**

\_\_\_\_ 在我的医疗记录所包含受到联邦法规（CFR）第42篇第二部分保护的**有关酗酒或毒品治疗信息**的范围内，我特别授权可以提供此类信息。

**\_\_\_\_** 在我的医疗记录所包含受到麻州一般法（MGL）第111章 70F HIV/AIDS（艾滋病毒/艾滋病）诊断或治疗保护的**有关艾滋病毒抗体和抗原检验信息**的范围内，我特别授权可以提供此类信息。

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您的签名或个人代表的签名 日期

**说明：**

1.本表必须填写完整才会被视为有效。

2.副本抄送：正本存档于DMH相关记录；抄送个人或个人代表；抄送提出要求的个人/设施/机构。

第2/2页

马萨诸塞州

心理卫生厅

# *提供信息授权书*

## 双向

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名:**  **地址:** | | **所有别名：**  **电话：** |
| **社会安全号：** |  | **出生日期：** |

***本人授权心理卫生厅（DMH）可以通过本授权书指示的口头或书面方式,接获来自以下人士、机构、或设施的信息、以及向他们提供信息。***

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名:**       **收件人:** | **电话：** |
| **街名:**       **市/乡镇:**       **州**:       **邮编:** | |

*DMH联系方式：*

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名:**  **地址:** | **电话：** |

***填写这份表格的人必须提供有关所要求信息的日期。请注意，要求提供心理治疗记录的申请不得和任何其他类别的申请混在一起。***

***请指明要求提供的信息：***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整份记录 | 出院小结 | 评估 | 治疗计划 |
| 住院文件 | 转院小结 | 评估和检验 | 心理治疗记录 |
| 个人服务计划和个人行动计划 | 体检 | 实验室报告 | 咨询(请填写咨询医生姓名) |
| 精神病记录 | 神经精神检验 | 其他 (请详细说明于下) |  |

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

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

**授权的目的（必须选一项）:**

信息主体或其个人代表启动了授权(不必详细说明目的）

**或**

协调医护照顾  便利请款

转介  获得保险、财务、或其他福利

其他目的 (请详细说明): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**本授权书的副本将视为和正本具有同等效力。**

第1/2页

马萨诸塞州

心理卫生厅

# *提供信息授权书*

**双向（续）**

**除了DMH以外的可以接受或提供信息的个人/设施/机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

我理解我可以随时取消这个授权。如果我要取消这次授权，必须采用书面方式，并且前往第一页列出的DMH地址出示取消声明。我理解，上述取消将不适用于已经根据本授权提供的信息。我理解，如果法律规定我的保险公司有权辩驳根据我的保单提出的索赔时，上述取消将不适用于我的保险公司。这份授权将于(请指定一个日期、期间、或事件）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 期满失效，或者如果未经指定，将于我不再接受DMH提供的服务时失效。我理解，一旦上述信息已经提供给DMH以外的任何个人、设施、或机构时，接获信息者可能会再转提供它，并且该信息可能不再受到联邦或州隐私法律规章的保障。我理解，授权他人使用或披露以上指明的信息是自愿的。同时签署这份表格并不是我接受DMH或任何指定的个人、设施、或机构为我提供治疗或服务的必要条件。但是，如果DMH以及/或其他指定的个人、设施、或机构不能提供或是接获信息，可能会使他们无法提供适当或必要的医护照顾。

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您的签名或个人代表的签名 日期

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

正楷填写签名人姓名

如果是由个人代表签名，必须提供以下信息

法源类别（例如，由法院指派、身为有抚养权的父母）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

提供信息的特别授权 (**请在所有适用选项前简签)**

\_\_\_\_ 在我的医疗记录所包含受到联邦法规（CFR）第42篇第二部分保护的**有关酗酒或毒品治疗信息**的范围内，我特别授权可以提供此类信息。

**\_\_\_\_** 在我的医疗记录所包含受到麻州一般法（MGL）第111章 70F HIV/AIDS（艾滋病毒/艾滋病）诊断或治疗保护的**有关艾滋病毒抗体和抗原检验信息**的范围内，我特别授权可以提供此类信息。

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您的签名或个人代表的签名 日期

**说明：**

1.本表必须填写完整才会被视为有效。

2.副本抄送：正本存档于DMH相关记录；抄送个人或个人代表；抄送提出要求的个人/设施/机构。

第2/2页

马萨诸塞州

心理卫生厅

# *提供信息授权书*

## 双向

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名:**  **地址:** | | **所有别名：**  **电话：** |
| **社会安全号：** |  | **出生日期：** |

***本人授权心理卫生厅（DMH）可以通过本授权书指示的口头或书面方式,接获来自以下人士、机构、或设施的信息、以及向他们提供信息。***

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名:**       **收件人:** | **电话：** |
| **街名:**       **市/乡镇:**       **州**:       **邮编:** | |

*DMH联系方式：*

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名:**  **地址:** | **电话：** |

***填写这份表格的人必须提供有关所要求信息的日期。请注意，要求提供心理治疗记录的申请不得和任何其他类别的申请混在一起。***

***请指明要求提供的信息：***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整份记录 | 出院小结 | 评估 | 治疗计划 |
| 住院文件 | 转院小结 | 评估和检验 | 心理治疗记录 |
| 个人服务计划和个人行动计划 | 体检 | 实验室报告 | 咨询(请填写咨询医生姓名) |
| 精神病记录 | 神经精神检验 | 其他 (请详细说明于下) |  |

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

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

**授权的目的（必须选一项）:**

信息主体或其个人代表启动了授权(不必详细说明目的）

**或**

协调医护照顾  便利请款

转介  获得保险、财务、或其他福利

其他目的 (请详细说明): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**本授权书的副本将视为和正本具有同等效力。**

第1/2页

马萨诸塞州

心理卫生厅

# *提供信息授权书*

**双向（续）**

**除了DMH以外的可以接受或提供信息的个人/设施/机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

我理解我可以随时取消这个授权。如果我要取消这次授权，必须采用书面方式，并且前往第一页列出的DMH地址出示取消声明。我理解，上述取消将不适用于已经根据本授权提供的信息。我理解，如果法律规定我的保险公司有权辩驳根据我的保单提出的索赔时，上述取消将不适用于我的保险公司。这份授权将于(请指定一个日期、期间、或事件）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 期满失效，或者如果未经指定，将于我不再接受DMH提供的服务时失效。我理解，一旦上述信息已经提供给DMH以外的任何个人、设施、或机构时，接获信息者可能会再转提供它，并且该信息可能不再受到联邦或州隐私法律规章的保障。我理解，授权他人使用或披露以上指明的信息是自愿的。同时签署这份表格并不是我接受DMH或任何指定的个人、设施、或机构为我提供治疗或服务的必要条件。但是，如果DMH以及/或其他指定的个人、设施、或机构不能提供或是接获信息，可能会使他们无法提供适当或必要的医护照顾。

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您的签名或个人代表的签名 日期

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

正楷填写签名人姓名

如果是由个人代表签名，必须提供以下信息

法源类别（例如，由法院指派、身为有抚养权的父母）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

提供信息的特别授权 (**请在所有适用选项前简签)**

\_\_\_\_ 在我的医疗记录所包含受到联邦法规（CFR）第42篇第二部分保护的**有关酗酒或毒品治疗信息**的范围内，我特别授权可以提供此类信息。

**\_\_\_\_** 在我的医疗记录所包含受到麻州一般法（MGL）第111章 70F HIV/AIDS（艾滋病毒/艾滋病）诊断或治疗保护的**有关艾滋病毒抗体和抗原检验信息**的范围内，我特别授权可以提供此类信息。

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

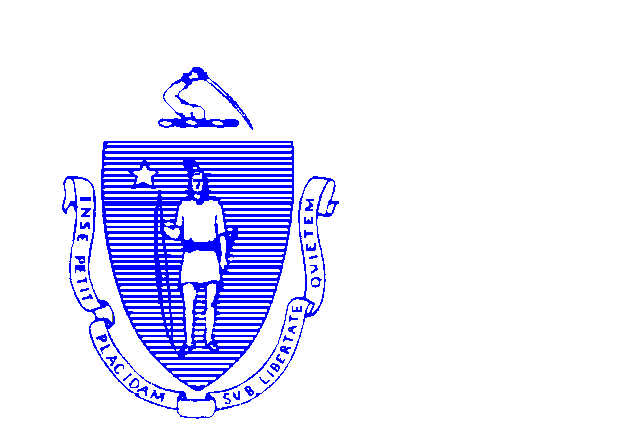
您的签名或个人代表的签名 日期

**说明：**

1.本表必须填写完整才会被视为有效。

2.副本抄送：正本存档于DMH相关记录；抄送个人或个人代表；抄送提出要求的个人/设施/机构。

第2/2页



Commonwealth of Massachusetts

Department of Mental Health

(马萨诸塞州

心理卫生厅)

##### 《隐私实践通知》

本通知说明有关您的医疗信息\*

可能被使用或披露的方式,以及您如何

取得这些信息。

\*受到保护的健康信息(PHI)

### 请仔细阅读

### 通知生效日：2010年12月15日

第6版

Chinese Simplified

# 隐私

心理卫生厅（DMH）必须根据州法和联邦法律规定，维护您受到保护的健康信息(PHI)的隐私。PHI包括任何足以识别您的身心健康、您接受的医护照顾、以及您的医疗保健付款的信息。

DMH必须根据法律规定为您提供这份通知，告诉您DMH可能会如何使用和披露您的PHI，并且向您告知您的隐私权。DMH必须遵守在他们最新版《隐私实践通知》里订立的隐私实践。

**本通知只谈到对PHI的使用/披露。它不会改变有关治疗知情同意的现有法律规章和政策**。

## 本通知的变更

DMH可以随时变更它的隐私实践和本通知的条款。所有变更会适用于DMH已经持有的PHI和DMH将来收到的PHI。最新版的隐私通知会张贴在DMH的各个设施和方案所在，会贴在DMH的网站上 (www.mass.gov/dmh),同时也会在您索取时提供给您。每份隐私通知都会标明日期。

**DMH如何使用和披露PHI？**

DMH可以基于治疗、付款、医护照顾运作等，在没有您的授权下使用/披露您的PHI。除此之外，必需有您的书面授权，除非是本通知列出的例外。

基于治疗、收取付款、和医护照顾运作的使用/披露

以下是基于治疗、收取付款、医护照顾运作而进行使用和披露的举例说明。

**为了治疗** - 在合于它的规定和政策的前提下，DMH可以使用/披露PHI给参与提供您的医疗保健和相关服务的医生、护士、提供服务的业者、以及其他人员（例如口译员）。您的PHI会被用来帮助做出有关您的DMH服务申请的决定，协助拟定您的治疗以及/或服务计划，和进行定期的审核以及评估。PHI也可以提供给其他医护保健人员以及服务业者，以获得处方、实验室检验、咨询、和其他您的医护照顾所需。PHI会被提供给DMH的服务业者，以便于转介您接受DMH服务，和随后协调并且提供您的DMH服务。

**为了收取付款 -** 在合于它的规定和政策里明定的限制下，DMH可以使用/披露您的PHI，以收取您的医护照顾服务的款项。DMH可以提供您的部分PHI给 Medicaid 或 Medicare方案，或第三方付款人，以决定他们是否会付款、取得事前核准、以及支持任何的索赔和账单。

**为了医护照顾的运作** - DMH可以使用/披露PHI以支持一些活动，例如方案策划、管理和行政活动、质量管控、受理和回应投诉、合规方案(例如 Medicare)、审计、培训和医护照顾人员的资格检定、以及认证和认可(例如联合委员会）。

**提醒预约**

DMH可以用PHI提醒您有预约，或是为您提供有关其他治疗方案的信息，或是您也许会感兴趣的其他和健康有关的福利以及服务。

#### **需要授权的使用/披露**

除非以下例外情况中至少有一则适用，否则DMH在超出治疗、收取付款、和医护照顾运作的范围以外的使用或批露必须先取得您的书面授权，或是有权代您做出有关医护照顾决定的您的个人代表的书面授权。您可以随时取消您的授权，只需提出书面声明即可。取消会终止未来的使用/披露，但DMH已经根据您的授权采取的行动不在此限。

# 例外

* DMH成为一方当事人的有关监护权或送交医院的法律程序
* 符合某些条件的司法程序
* 对遭受虐待或疏忽的受害人的保护
* 为了进行研究，但需严格遵守内部的复核
* 如果您以口头或书面同意，DMH可以针对以下目的，披露有限的PHI：
* **神职人员**–可以告知神职人员您所属的宗教
* **家人和朋友**–DMH可以把和亲友参与的您的医护，或是和您的医护付款的直接相关信息提供给他们
* 如果您在狱中，提供给矫正设施
* 为了由联邦和州督导的活动，例如诈欺调查、正常事件的报告、以及保护和争取权益的活动
* 依法行事，或是为了执法或是国家安全
* 提供给EOHHS（卫生与公共服务办公室)以及/或它的各个机构，例如 MassHealth（麻州医保补助）、DCF (儿童与家庭厅)、DDS（发展服务厅）、DYS（青少年服务厅）、DTA（过渡服务厅）和DPH（公共卫生服务厅）的各项功能，比方服务的实现、资格审查、以及方案的管理。
* 避免对公共卫生或安全的严重或立即危害
* 为了公共卫生活动，例如追踪疾病和报告人口统计数字
* 在死亡时，提供给葬仪主管和某些器官取得组织

# 您的权利

您本人，或是依法可以代您做出医疗保健决定的个人代表，有权：

* 要求DMH用特定的地址或电话号码和您联系。但DMH不一定要遵照您的要求。
* 在您要求时获得这份通知或它的任何修正的平面印制版本，即使您已经同意接受电子版。
* \*查看和复印可以用来决定您的医护照顾的PHI。在少数情况下，取用您的记录可能会受到限制。如果在少数的情况下您被拒绝取用记录，您可以要求复核这项拒绝。也许会向您收取复印和邮寄费用。
* \*要求添加或纠正您的PHI信息。但DMH不一定要遵行这项要求。如果它不遵照要求，您有某些权利。
* \*取得从DMH收到了您的PHI的人的名单（不包括您已经授权或同意的披露，或是为了治疗、付款、和医疗保健运作而做的披露，和某些规定的披露）。
* \*要求DMH限制它对您的PHI的使用或披露的方式。但DMH不一定要同意这项限制。

\***这些要求必须以书面提出。**

**记录的保存**

和DMH所提供医护以及服务有关的您的个人记录至少会被保存20年，从您由住院医护以及/或适用的社区服务出院时起算。在那之后,您的记录会被销毁。

# 联系DMH或提出投诉

如果您要取得有关DMH的更详尽信息，或是如果您要行使您的权利，或是您觉得您的隐私权受到侵犯，或是您要投诉，您可以联系心理卫生厅的隐私官：DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114,

电话：617-626-8160，传真:617-626-8131，电邮：[PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us](file:///C:/Users/A.Donato/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/R3XIKCYJ/邮箱)。投诉必须以书面提出。

您也可以联系DMH设施的医疗记录办公室（以取用该设施的记录），DMH方案主管（以取用该方案的记录），您所在地的办公室（以取得个案管理记录），或是您的设施或方案的人权官员，以取得更多信息或协助。

没有人能够因为您提出投诉或行使本通知里说明的权利而报复您。

您也可以向美国卫生与人权部民权办公室的卫生与公众服务秘书投诉：**Secretary of Health and Human Services**, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA.02203