



Mison di DMH:

Dipartamentu di Saúdi Mental (DMH, na inglês) ta oferesi servisu y apoiu a kriansas, jovens e familias ku disturbu emocional seri y adultos ku doensa mental gravi y pirsistenti pa facilitaz independência y rekuperason.

Modi ki ta Pididu Servisu(s) di DMH:

Individus ki rikeri servisu di saúdi mental através di DMH ten ki submeti siginti formuláriu. É isensial inklui **asinaturas y datas** undi ki na kada formuláriu sta indikadu:

- ☐ *Rikerimentu di aplikason di Servisu di DMH.* (konsulta pajinas 5 – 9)
- ☐ *Determinason di Autorizason di Servisu di DMH Asinadu* (konsulta pajina 10)
- ☐ *Autorizason(s) pa Divulgason di Informason Asinadu* (konsulta pájinas 11 & 12)

Informason siginti é necesariu pa toma desizon dentu di tempu regulamentadu. Nu ta rekomenda fortimenti pa informason klinika ser submetidu au mesmu tenpu ki rikerimentu pa podi aselera diterminason di prosesu. Si informason klinika ka for inkluido, pur favor inklui un *autorizason pa divulgason di Informason* asinadu pa provedoris atuais inklusivi kualker hospital dondi ki posivelmenti bu resebi tratamentu. Informason adisional ta inklui:

- ☐ Fixerus y testis di pasienti psikiátriku sterneru y testis.
- ☐ Relatóriu di internamentu y alta di hospital.
- ☐ Avaliason (e.g., psikiátriku y psiko-sosial).
- ☐ Izame neuropsikolójiku
- ☐ Planu di tratamentu
- ☐ *Planu di tratamentu* Individualizadu (IEP na inglês) si teni

DMH podi rikeri informason klíniku adisional si nesesáriu.

Kuzé ki Bu podi Spera Dipos di Submeti un Rikerimentu:

Dentu di seti (7) dias dipos di resebi un *Rikerimentu di Servisu di DMH*, DMH ta kontata kandidatu ó enkarregadu pa notifika'l ki un *Rikerimentu di Servisu di DMH* foi resibidu.

Un *Spesialista Klíniku di Servisu di Autorizason* di DMH podi rikeri, si nesesáriu, un riunion kara-a-kara ku kandidatu y/ó enkarregadu pa diskuti más y avalia nesesidadi di kandidatu y/ó di familia.

Si inkontradu ki un individu ta satisfazi kritérius klíniku pa servisu, Diretor di Ária ó un delegadu ten ki determina si es individu ta mesti servisu di DMH. Sima disponibilidad di servisu di DMH é limitadu, DMH ten ki prioritiza pa ken y modi ki es servisu ta ser oferesidu. Regras di DMH ta stabelesu kritérius pa ser uzadu pa determina ken é autorizadu pa resebi servisu di DMH y modi kes servisu é planiadu.

Diretor di DMH di Ária ó un delegadu ta toma disizons aserka di pididu di servisu dipos di resebi y fazi revizon di informason di akordu ku regras di DMH: <https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>

Tempu necesariu pa toma un desizon podi varia baseadu na disponibilidad di documentus di apoiu. Un desizon podi ser tomadu dentu di 90 dias dipos ki DMH resebi kel rikerimentu, dipendendu di informason ki teni disponivel.

Undi ki ta inkontradu formuláriu di Rikerimentu y Autorizason pa Divulgason di Informason:

Pididu di Rikerimentu di Servisu di DMH y Autorizason pa Divulgason di Informason sta disponível na tudu skritóriu di DMH di Ária, instituisons psikiátriku pa pasientis internu ku problemas gravi, na txeu Programaas di kumunidade di Commowealth. Sta também disponível na pájina di internet di DMH na

<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-rikerimentu-formulairu-and-appeal-guidelines.html>

DMH podi oferesi servisu di interpretis y traduson di dokumentu pa kandidatu ó enkarregadu podi uza lingua kez ta prifiri pa komunika ku DMH.

**Pa undi ta mandadu *Pididus di Rikerimentu di Servisus di DMH*:**

Pur favor inkontra sidadi ó vila di aplikanti na lista ki sta nes pájinas siginti, y manda bu pididu pa respetivu Skritóriu di DMH na lista. Pur favor telefona pa númeru ki sta na lista si bu ten kualker pregunta.

Un pididu di formuláriu di *Rikerimentu di Servisu di DMH* ku **sinatura y data** y un **Autorizason pa Divulgason di Informason devidamenti asinadu** ten ki ser intregadu, mandadu na kurreiu, via fax ó kurreiu iletroniko pa DMH di Ária ó Skritóriu Lokal ku risponsabilidadi pa kumunidade undi kandidatu, pais ó inkarregadu legal ta rizidi na altura di rikerimentu.

Si bu mesti ajuda pa prienxi un formuláriu di *Rikerimentu di Servisu di DMH* pur favor kontata skritorio abaxo dondi kandidatu ta rizidi.

skritorio	Inderesu Postal	Numeru di telefoni	Numeru di fax
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

KA manda Rikerimentus pa Skritóriu Sentral di DMH na Staniford Street in Boston. Isu ta rezulta na perda di rikerimentu y dimora na prosesu di disizon.

Kategorias di Rasa y Etnisidadi:

Informason di Rasa y Etnisidadi é rikeridu pa DMH podi oferesi midjor servisus ki é apropiadu pa kultura y lingua di kada pesoa. Tanbé el ta djuda Dipartamentu kunpri regras y regulamentus, y ta pirmiti planiamentu di nesesidadis di servisus ki ainda ka foi satisfatóriu. **Da informason sobri rasa y etnisidadi é opsional.** Bu disizon di da ó Non bu informason, ka ta afeta di ninhun manera bu rikerimentu di servisus di DMH.

Opson siginti podi ser uzadu pa konpleta kategorias di Rasa y Etnisidadi na Rikerimentu di Servisus di DMH. Nu ta sujeri na prienxi rikerimentu ki pesoa ki ten más di un rasa ó etnisidadi pa identifiká-s.

Kategorias di Rasa ki ta na lista di baxu sta baseadu na un padron kriadu pa guvernu federal. Etnisidadi é difinidu pa un grupu di pesoas ki sta ligadu pa ses orijen, istoria, descendência, lingua ó kustumi y izpiriensia kultural kumun. És lista di baxu é pa mostra alguns izemplus di etnisidadis ó grupu étniku, y ka ta signifika ki é un lista konpletu.

Opson di Rasa
ÍndiuAmerikanu Índiu/ Nativu di Alaska
Aziátiku
Pretu ó Afro- Amerikanu
Pretu/Spánu
Skodji ka Auto-Identifika
Nativu di Hawai ó di otus ilhas di Pasífiku
Otu
Dos ó más Rasa
Diskunhisidu
Branku/Spanu
Branku/Non-Spanu

Izemplus di etnisidadis		
Albanianu	Gregu	Pakistanês
Amerikanu - USA	Guatemalanu	Peruanu
Arméniu	Haitianu	Panamanianu
Bhutanês	Ispániku, Otu	Polaku
Bosnianu	Hmong	Portugês
Brazileru	Honduranu	PuertuRikenhu
Burmês	Indianu	Rusu
Cambodianu	Iranianu	Salvadorenhu
Canadianu	Irakianu	Somáliu
Cabuverdeanu	Irlandês	Thaianu
Chinês	Israelita	Tibetanu
Colombianu	Italianu	Ukranianu
Congolês	Japanês	Inkógnitu
Costa Rikenhu	Koreanu	Venezuelanu
Dominikanu	Laosianu	Vietnamita
Egípsiu	Lebanês	Oesti Indianu/Caribianu
Eritreanu	Mexicanu	
Etíopi	Morrokinu	Dos ó Más Etnisidadis
Filipinnu	Nijerianu	Otus
Fransês	Nicaraguanu	Skodji Ka Auto-Identifika

**RIKERIMENTU DI SERVISUS DI DMH**

Ifetivu Dizembru di 2017

Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH	Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH	Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH	Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH
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

**RIKERIMENTU DI SERVISUS DI DMH**

Ifetivu Dizembru di 2017

Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH	Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH	Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH	Sidadi ó vila	Skritoriu di DMH
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	Wolùltumion	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



Nomi legal di Kandidatu _____ **SSN** _____
(Apelidu) (Primeru) (di meu) (Númeru di Seguransa Sosial)

Nomi Prifiridu di Kandidatu (si differenti di nomi legal) _____
(Apelidu) (Primeru) (di meu)

Inderesu (ó Apelidu inderesu si kandidatu ê desabrigadu):

(Númeru y Rua) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Kódigu Postal)

Inderesu Postal (si differenti di inderesu di riba)

(Númeru y Rua) (Apt No) ((Sidadi) (Stadu) (Kódigu Postal)

Data di Nascimento ____/____/____ **Idadi** ____ **Jéneru** ____ **Stadu Civil** ____
MM DD AAAA

Rasa ____ **Etnisidadi** ____ **Lingua Prifiridu** ____

Mesti servisu di Intérpreti?	☐ Sin	☐ No	
➤ Si sin, ken mesti intérpreti?	☐ Kandidatu	☐ Pais	☐ Enkarregadu
Kandidatu ê surdu ó ten problema auditivu?	☐ Sin	☐ No	
Kandidatu ê segu (vizon <20/200 ó totalmenti segu)?	☐ Sin	☐ No	
Si 18 ó maior, kandidatu sta registadu pa vota (opsional):	☐ Sin	☐ No	☐ Diskunhesidu
Kandidatu fazi servisu militar?	☐ Sin	☐ No	☐ Diskunhesidu

(Pur favor marka tudu ki ta aplika abaxu, y skrebi numeru di telefoni/ Inderesu di e-mail)

☐ Tel. Dia/Trabadju () _____
☐ Telefoni Di Noiti () _____
☐ Telemóvel () _____
☐ e-mail _____

Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No
Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No
Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No
Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No

Kandidatu ê adotadu ó sta na procesu di adopson? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Lingua ki pais/enkarregadu ta prifiri (si kandidatu ê menor di 18 anu): _____

Si Kandidatu ê menor di 18 anu, kem ten kustódia **legal**? ☐ Pais ☐ DCF ☐ Nomiadu pa tribunal ☐ Propiu (emancipadu)

Si Kandidatu ê menor di 18 anu, kem ten kustódia **fíziku**? ☐ Pais ☐ DCF ☐ DYS ☐ Propiu (emancipadu)

Informason di kontatu adisional (Pur favor inklui un formulariu di Divulgason di Informason pa kada pesoa ki sta na lista)

Nomi di kontatu di imerjênsia _____

Relason ku kandidatu: _____ Telefoni# _____

Inderesu: _____

kontatu di Pais/ajênsia(1) _____

Relason ku kandidatu: _____ Telefoni # _____

Inderesu: _____

kontatu di Pais/ajênsia (2) _____

Relason ku kandidatu: _____ Telefoni # _____

Inderesu: _____



Situason atual:

Kandidatu sta atualmenti na ospital/CBAT ?	☐ Sin	☐ No	Data estimadu di alta: _____
➤ Si sin, dondi? _____			
Kandidatu sta atualmenti sen abrigu ?	☐ Sin	☐ No	
➤ Si sin, ki ajência, si algun _____			
Kandidatu sta atualmenti inkarserradu ?	☐ Sin	☐ No	Data estimadu di saida: _____
➤ Si sin, dondi? _____			
Kandidatu sta atualmenti na liberdadi condisional/CRA ?	☐ Sin	☐ No	
➤ Si sin, nomi di ofisial di liberdadi condisional: _____			

Si Kandidatu ê un dus pais ó padrastu/madrasta, ten algun kriansa ki ta mora ku bo? ☐ Sin ☐ No ☐ Ka ta Aplika

Kandidatu sta atualmenti involvidu ku otu ajênsia stadual ó federal (i.e., VA)? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhisidu

Si sin, ki Ajênsia? *Marka tudu ki ta aplika*

☐ DCF ☐ DDS ☐ EOEa ☐ DPH ☐ DYS ☐ MRC ☐ MCDHH ☐ MCB ☐ VA

Otu Kontatu di Ajênsia _____ Telefoni # _____

Pur favor Inklui un Divulgason di informason

(Apelidu)

(Primeru)

Otu Kontatu di Ajênsia _____ Telefoni # _____

Pur favor Inklui un Divulgason di informason

(Apelidu)

(Primeru)

Informason di Tutela (si ta aplika):

kandidatu ten un Enkarregadu legal nomiadu pa tribunal? ☐ Sin ☐ No

- Si sin, ki tipu di Enkarregadu: _____

Ten un Enkarregadu di tutela nomiadu pa DCF? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

- Si sin, ki tipu? _____

Informason Importanti: Si kandidatu ten un Enkarregadu Nomiadu pa tribunal, pur favor envia un kopia di deketu di Tutela djuntu kes rikerimentu. Enkarregadu legal (pais ó Nomiadu pa tribunal) ten ki asina rikerimentu y tudu Autorizason pa Divulgason di informason pa rikerimentu podi ser prosesadu.

Nomi di Enkarregadu Legal _____ Relason _____
 (Apelidu) (Primeru) (Relason ku Kandidatu)

Inderesu di Enkarregadu _____
 (Numeru y rua) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Codigu postal)

Modi ki nu podi kontata Enkarregadu? *(Pur favor marka tudu ki ta aplika abaxo, y da Numeru di Telefoni y Inderesu di e-mail)*

☐ Dia/Trabadju () _____	Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No
☐ Telefoni Di Noiti () _____	Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No
☐ Telemóvel () _____	Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No
☐ e-mail _____	Nu podi dexe mensajen? ☐ Sin ☐ No

Fontis di vensimentu

☐ Empregu ☐ SSI ☐ Seguransa Social ☐ Familia ☐ SSDI
☐ Sem vensimentu ☐ Fundu di Ajuda di emerjência ☐ Otu (Pur favor Spisifika): _____

**Informason di Edukason/Skola/Universidadi**

kandidatu sta aktualmenti na skola? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

- Si sin, ki skola y vila/sidadi _____

Ken ê sé *Ajênsia Local di Edukason* (LEA) responsável? _____

Kandidatu ten un *Planu Individual di Edukason* (IEP)? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Si sin, ki tipu di servisu(s) di Edukason special kandidatu ta resebi? (Pur favor marka tudu ki ta aplika.)

☐ Residensial ☐ Dia ☐ Diskunhesidu

☐ Otu (Pur favor spesifika): _____

Ê un indikason 688? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Kandidatu ten un Planu di akomodason 504? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Seguru di saúdi:

Kubertura atual (marka tudu ki ta aplika):

☐ **kuidadu Mediku:** Pólisi# _____

☐ **Medicaid/MassHealth:** Pólisi #: _____

Tipu: _____

Titular: _____

➤ Kandidatu sta aktualmenti rejistadu na Servisus di **Children's Behavioral Health Initiative (CBHI)**? ☐ Sin ☐ No

Si "sin," pur favor identifika servisus di pesoa ki ta resebi y *Ajênsia di Servisu di Comunidadi (CSA)* abaxo.

- Nomi di *Ajênsia di Servisu di Comunidadi (CSA)*: _____

- Servisus(s) di CBHI ki kandidatu sta resebi aktualmenti: _____

➤ Kandidatu sta aktualmenti rejistadu na **Accountable Care Organization (ACO)**? ☐ Sin ☐ No

Si "sin," pur favor identifika nomi y informason di kontatu abaxo.

➤ Kandidatu sta aktualmenti rejistadu na **Behavioral Health Community Partner (BHCP)**? ☐ Sin ☐ No

Si "sin," pur favor identifika nomi y informason di kontatu abaxo.

☐ **One Care**

Planu: _____

☐ **Comercial/Privadu** Pólisi #: _____

kompanhia di Seguru di saúdi: _____

Titular: _____

☐ **Sen Seguru di saúdi**

Ten un rikerimentu pa seguru di saúdi ki sta pendenti? ☐ Sin ☐ No

Si Sin, pur favor spisifika seguru di saúdi: _____

**Prestador di Kuidadu di Saúdi Mental Primáriu:**

Pur favor indika ken ki ta kuida di bu saúdi mental regularmenti. Si bu ka ten ninhun rikursu di kuidadu di saúdi mental regular, uza es sekson pa indika bu rikursu di kuidadu di saúdi mental más resenti.

Prestador Primáriu di Saúdi Mental: _____
(Apelidu) (Primeru)

Atual prestador? ☐ Sin ☐ No

Nomi di Ajênsia: _____

Inderesu: _____
(Numeru y rua) (Apt No.) (Sidadi) (Stadu) (Codigu postal)

Númeru di Telefoni: _____ Stenson: _____

Informason di Diagnóstiku

Prezentimenti Kandidatu ten un diagnóstiku psikiátriku? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Si sin, pur favor skrebi tudu diagnóstiku kunhesidu:

Otu Suportis

Nomi	Relason (e.g., Terapeuta, familia, kleru, etc)	Inderesu	Telefoni	Divulgason di informason? (S/N)



Saúdi Fíziku Jeral:

Pur favor indika ken ki ta kuida di bu saúdi fíziku regularmenti. Si ka ten ninhun rikursu di kuida di saúdi fíziku regular, uza es sekson pa indika bu RIKURSU di kuida di saúdi fíziku más resenti.

Médiku Primáriu di Saúdi Fíziku: _____ Atual prestador? ☐ Sin ☐ No

Nomi di Ajênsia: _____

Inderesu di prestador: _____

Numeru di Telefoni di prestador: _____

Bu ten kualker problema médiku ki ta rekeri kuida regular? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Tevi algun diagnostiku di un problema neurolójiku? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

If "Sin," pur favor diskrebi kualker problemas médiku ó neurolójiku atual:

Medikamentu

Atualmenti kandidatu sta toma algun medikamentu? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

Si sin, pur favor lista tudu **medikamentus**, **dosajens** y **mediku ki reseta**:

Pamodi ki kandidatu sta rekeri servisu?

Ki tipu di servisu kandidatu ta mesti?



DITERMINASON DI AUTORIZASON DI SERVISU DI DMH

- 'N ta rikeri pa Dipartamentu Saúdi Mental (DMH) konduzi un diterminason di autorizason di servisu di DMH. 'N manda en aneksu formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* asinadu ku es rikerimetu si nesesáriu. 'N ta entendi ki DMH ta kuleta y fazi revizon di fixerus médiku kuma parti di prosesu di diterminason. 'N ta entendi ki nha nomi y nha informason ta ser inkluidu nun sistema di arkivu di fixeru di DMH.
- DMH podi rikeri un entrevista pesoal ku mi ó un avaliasion klíniku en sirkunstânsias undi fixerus klíniku ka é sufisienti pa fazi un diterminason.
- 'N ta ser izijidu divulga informason serka di nha vensimentu y seguru y 'N podi ser kobradu pa servisu konformi nha kapasidadi pa paga.
- 'N ta entendi ki disizon di DMH podi ser apeladu kuandu é diterminadu ki kandidatu ka é aprovalu pa servisu pamodi es ka satisfazi kritériu pa servisu di DMH.
- 'N resebi un kópia di Nota di Prátikas di Privasidadi di DMH (na apêndisi des rikerimentu pa servisu)
- 'N da DMH permison pa komunika ku pesoa identifikadu en baxu ki asisti ku es rikerimentu serka di nha pididu pa servisu di DMH. Es permison é válidu até nha rikerimentu ser kompletamenti prosesadu ó 'N Notifika DMH pur skritu ki 'N anulá-l.

Sina

Sinatura di kandidatu ó enkarregadu legal di pesoa

Nomi di Kandidatu (Pur favor Skrebi por extenso)

Data asinadu

- Asinadu pa: ☐ Pais ☐ Enkarregadu Legal ☐ Kandidatu si adultu ó menor emancipadu
- Dokumentus di Tutela ó pesoa nomiadu pa DCF anexadu? ☐ Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu

PESOA KI ASISTI KANDIDATU

Es sekson é pa ser kompletadu pa prestador di servisu ó otu pesoa ki asisti kandidatu ku rikerimentu.

Nomi _____ Relason _____
(Apelidu) (Primeru) (Relason ku Kandidatu)

Nomi di Ajênsia: _____

Inderesu: _____
(Numeru y rua) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Codigu postal)

Telefoni # _____ ☐ Dia ☐ Di Noiti ☐ Telemóvel

PROGRAMA Ó INSTITUISON KI SUBMETI RIKERIMETU NA NOMI DI KANDIDATU

Es sekson pa ser kompletadu pa prestador di servisu ó otu pesoa ki asisti kandidatu ku rikerimentu

Nomi di Programa ó Instituison

Nomi di Kandidatu

- ☐ Kandidatu/Enkarregadu foi informadu na _____ ki un rikerimentu foi prienxidu na se Nomi y el/ela ka fazi objeson.
- ☐ Kandidatu ka ten kapasidadi y un pitison pa tutela foi prienxidu na tribunal apropiadu (kópia di pitison aneksadu)

Sina

Sinatura y titulu di Pesoa ki manda rikerimentu

Skrebi Nomi di Pesoa ki manda rikerimentu

PA SUBMETI FORMULÁRIUS DI DIVULGASON DI INFORMASON MÉDIKU

Komu parti di pididus pa prosesu di diterminason di Servisu di DMH, DMH ta fazi revizon di tudu fixeru di kuidadu di saúdi mental dispunível resebidu pa kandidatu. **Pur favor submeti formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* asinadu juntamenti ku rikerimetu.**

1. Favor submeti formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* asinadu **pa kada prestador** di kuidadus di saúdi mental. Si kuidadu di saúdi mental é ofersidu através di un klínika, favor indika prestador prinsipal di klínika. Fazi kopias adisional des fomulariu si nesesariu.
2. Alén disu, pur favor **submeti** formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* **pa kualker otu informason klíniku ki kandidatu ta gostaba di ser konsideradu kuma parti di diterminason.** Fazi kopias adisional des fomulariu si nesesariu.
3. Pur favor **virifika presizon** di Nomi, inderesu y número di telefoni di prestador di servisu na kada formuláriu di divulgason. Nomi, inderesu y números di telefoni korretu ta aselera prosesu di revizon.
4. Pur favor skrebi y asina tudu aria na formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* (inklusi kel sekson spisifiku di *Divulgason autorizada*)

Kuantu formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* sta ser submetidu ku es rikerimentu?

DMH tanbé ta fazi revizon di kualker fixerus médiku ki kandidatu ó kes ki sta asisti kandidatu podi ten na ses posi y deseja submeti pa konsiderason.

5. Pur favor kompleta y asina un formulariu di *Autorizason pa Divulgason di informason* pa kada fixeru mediku ki ta aneksadu na rikerimentu na kasu ki pesoal di DMH mesti klarifika informason kontidu na fixeru.
6. Kopias di fixeru mediku ka podi ser divididu, pur isu, pur favor ka bu manda kópia di orijinal.

Kuantu kópia di fixerus médiku orijinal sta aneksadu na rikerimentu?

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorizason pa divulgason di infurmason****Di/pa****1. Infurmason di Pacienti/Rikerenti**

Nomi: _____ Otus Nomis: _____
 Rua: _____ APT.#: _____
 Ciudadi: _____ Stadu: _____ Códigu: _____
 Seguransa Sosial #: _____ Data di nascimentu: _____
 Telefoni : _____

2. Autorizason di Divulgason: M'ta autoriza Dipartamentu di Saúdi (DMH) recebi y divulga Infurmason, inklusivi correspondensia confidensial, di ô pa, Pessoa, Ajênsia ô Centru nomeadu abaixo, verbalmenti ô por skritu.

Pessoa, Ajênsia ô Centru (e.g., Nomi y endereso di hospital, provedor externu, programa residencial, otu)

Nomi: _____
 Attention: _____
 Rua: _____
 Ciudadi/Pawn: _____
 Stadu /Códigu: _____
 Telefoni: _____
 Fax: _____

Unidadi di Autorizason di Sirvisius di DMH

3. Marca Infurmason ki kre divulgadu: (Marca tudu ki ta aplika)
☐ Diagnostiku di saúdi mental y tratamentu dadu pa um psikiatra; psikólogo; Infermero kliniku spesialista di saúdi mental; konselharia di asistenti social lisensiadu; tudu otus provedoris di saúdi mental lisensiadu.

☐ Fixeru interu di saúdi mental, *exsepu Notas di Psikoteria ki ta rekeri un otu autorizason*
☐ Resumi di alta

☐ Planu di tratamentu

☐ ISPs y IAPs

☐ Exami Neuropsikiku

☐ Resumi di transferensia

☐ Dokumentason di admison

☐ Exami fisiku

☐ Relatoriu di laboratoriu

☐ Otu (por favor spesifika) / Infurmason adisional: _____

4. Datas di Infurmason ki kre divulgadu: (Skrebi data spesifiku Ô marka kuadrado pa skodji un period di 3 anu)

Datas di Infurmason rekerida: Di: _____ Atê: _____

 Ô ☐ Pa um periodu di 3 anu antis di data des autorizason.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

Autorizason pa divulgason di infurmason
Di/pa

Nomi di Pacienti/Rikerenti: _____

5. Favor *marka un x* pa indika ki nho ta da autorizason pa divulga infurmason siguiinti kasu sta na fixero:
(marka tudu ki ta aplika)

- ☐ Resultadus di testi di VIH (Autorizason ê nesesariu pa kada pididu di divulgason.)
- ☐ Fixeru di abusu di alcol y droga protejido pa leis federal di confidencialidadi 42 CFR Part 2 . Leis federal ta proibi kualker divulgason adisional dess infurmason a menus ki divulgason ê expresamenti permitidu pa um autorizason por scritu di pesoa di kual el ta pertensi ô si for permitidu pa 42 CFR Part 2.

Propósito di Divulgason: Autorizason di sirvisu.

M' ta entendi ki:

- M'tem direitu di revoga ess autorizason en kualker momentu.
- Si m'revoga ess autorizason, m'tem ki fazel por scritu y mandal pa DMH na enderesu di DMH identifikadu acima ô ba na skritorio di DMH na nha zona. (skritorio di DMH na bo area sta disponivel na www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; txoma 1-800-221-0053; ô manda email pa dmhinfo@MassMail.State.MA.US)
- Revogason ka ta aplica a Infurmason ki dja foi divulgado por meio des autorizason.
- Revogason ka ta aplica a nha seguradora di saúdi ora ki lei ta dal direito di contesta um reclamason conforme nha apólice di seguro ta manda.
- Dipos ki kel Infurmason asima for divulgado, kel recipienti podi divulgá otu vez y kel Infurmason podi ka ser protejido pa leis di privacidadadi y regulamentus estadual ô federal.
- Autorizason pa divulga Infurmason identifikadu asima ê voluntáriu.
- M'ka mesti asina ess formuláriu pa resebi tratamentu ô sirvisus di DMH y/ô di otu pesoa, centru ô ajência indikadu; entretanto, falta di abilidadadi di kompartilha ô obtên Infurmason podi impidi DMH, y/ô otu pesoa, centru ô ajência indikadu, di ofresem' kuidadu nesesario y apropiadu.

Es autorizason ta termina prazo (spesifika data, periodo di tempo ô evento) _____ ô, si ka for spesifikadu, el ta termina prazo dipôs di: (i) 1 anu ki foi asinadu; ô (ii) si aplika, kuandu 'm ka sta resibi más sirvisus di DMH.

6. Sinatura / Autorizason: Sina y da Infurmason ki for nesesario li di baxo.

X _____
 Bu sinatura ô sinatura di representanti pesoal _____ Data _____

Skrebi Nomi di signatário _____

Infurmason siguiinti ê nesesario si for asinado pa um representanti pesoal:

Tipu di autoridadi (e.g., indikadu pa tribunal, pai/mãe ki teni custódia): _____

Si ordenadu pa tribunal trazi kópia di orden di tribunal.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorizason pa divulgason di infurmason
Di/pa****1. Infurmason di Pacienti/Rikerenti**

Nomi: _____ Otus Nomis: _____
 Rua: _____ APT. #: _____
 Cidadi: _____ Stadu: _____ Códigu: _____
 Seguransa Sosial #: _____ Data di nascimentu: _____
 Telefoni : _____

2. Autorizason di Divulgason: M'ta autoriza Dipartamentu di Saúdi (DMH) recebi y divulga Infurmason, inklusivi correspondensia confidensial, di ô pa, ~~Pesoa~~ Ajênsia ô Centru nomeadu abaxu, verbalmenti ô por skritu.

Pesoa, Ajênsia ô Centru (e.g., Nomi y endereso di hospital, provedor externu, programa residencial, otu)

Nomi: _____
 Attention: _____
 Rua: _____
 Cidadi/Pawn: _____
 Stadu /Códigu: _____
 Telefoni: _____
 Fax: _____

Unidadi di Autorizason di Sirvisius di DMH

3. Marca Infurmason ki kre divulgadu: (Marca tudu ki ta aplika)

☐ Diagnostiku di saúdi mental y tratamentu dadu pa um psikiatra; psikólogo; Infermero kliniku spesialisista di saúdi mental; konselharia di asistenti social lisensiadu; tudu otus provedoris di saúdi mental lisensiadu.

☐ Fixeru interu di saúdi mental, *exseptu Notas di Psikoteria ki ta rekeri un otu autorizason*

☐ Resumi di alta

☐ Planu di tratamentu

☐ ISPs y IAPs

☐ Exami Neuropsikiku

☐ Resumi di transferensia

☐ Dokumentason di admison

☐ Exami fisiku

☐ Relatoriu di laboratoriu

☐ Otu (por favor spesifika) / Infurmason adisional: _____

4. Datas di Infurmason ki kre divulgadu: (Skrebi data spesifiku Ô marka kuadrado pa skodji un period di 3 anu)

Datas di Infurmason rekerida: Di: _____ Atê: _____

Ô ☐ Pa um periodu di 3 anu antis di data des autorizason.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

Autorizason pa divulgason di infurmason
Di/pa

Nomi di Pacienti/Rikerenti: _____

5. Favor *marka un x* pa indika ki nho ta da autorizason pa divulga infurmason siguiinti kasu sta na fixero:
(marka tudu ki ta aplika)

- ☐ Resultadus di testi di VIH (Autorizason ê nesesariu pa kada pididu di divulgason.)
- ☐ Fixeru di abusu di alcol y droga protejido pa leis federal di confidencialidadi 42 CFR Part 2 . Leis federal ta proibi kualker divulgason adisional dess infurmason a menus ki divulgason ê expresamenti permitidu pa um autorizason por scritu di pesoa di kual el ta pertensi ô si for permitidu pa 42 CFR Part 2.

Propósito di Divulgason: Autorizason di sirvisu.

M' ta entendi ki:

- M'tem direitu di revoga ess autorizason en kualker momentu.
- Si m'revoga ess autorizason, m'tem ki fazel por scritu y mandal pa DMH na enderesu di DMH identifikadu acima ô ba na skritorio di DMH na nha zona. (skritorio di DMH na bo area sta disponivel na www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; txoma 1-800-221-0053; ô manda email pa dmhinfo@MassMail.State.MA.US)
- Revogason ka ta aplica a Infurmason ki dja foi divulgado por meio des autorizason.
- Revogason ka ta aplica a nha seguradora di saúdi ora ki lei ta dal direitu di contesta um reclamason conforme nha apólice di seguro ta manda.
- Dipos ki kel Infurmason asima for divulgado, kel recipienti podi divulgá otu vez y kel Infurmason podi ka ser protejido pa leis di privacidadadi y regulamentus estadual ô federal.
- Autorizason pa divulga Infurmason identifikadu asima ê voluntáriu.
- M'ka mesti asina ess formuláriu pa resebi tratamentu ô sirvisus di DMH y/ô di otu pesoa, centru ô ajência indikadu; entretanto, falta di abilidadadi di kompartilha ô obtên Infurmason podi impidi DMH, y/ô otu pesoa, centru ô ajência indikadu, di ofresem' kuidadu nesesario y apropiadu.

Es autorizason ta termina prazo (spesifika data, periodo di tempo ô evento) _____ ô, si ka for spesifikadu, el ta termina prazo dipôs di: (i) 1 anu ki foi asinadu; ô (ii) si aplika, kuandu 'm ka sta resibi más sirvisus di DMH.

6. Sinatura / Autorizason: Sina y da Infurmason ki for nesesario li di baxo.

X _____
 Bu sinatura ô sinatura di representanti pesoal _____ Data _____

Skrebi Nomi di signatário _____

Infurmason siguiinti ê nesesario si for asinado pa um representanti pesoal:

Tipu di autoridadi (e.g., indikadu pa tribunal, pai/mãe ki teni custódia): _____

Si ordenadu pa tribunal trazi kópia di orden di tribunal.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorizason pa divulgason di infurmason
Di/pa****1. Infurmason di Pacienti/Rikerenti**

Nomi: _____ Otus Nomis: _____
 Rua: _____ APT. #: _____
 Cidadi: _____ Stadu: _____ Códigu: _____
 Seguransa Sosial #: _____ Data di nascimentu: _____
 Telefoni : _____

2. Autorizason di Divulgason: M'ta autoriza Dipartamentu di Saúdi (DMH) recebi y divulga Infurmason, inklusivi correspondensia confidensial, di ô pa, Pessoa, Ajênsia ô Centru nomeadu abaxu, verbalmenti ô por skritu.

Pessoa, Ajênsia ô Centru (e.g., Nomi y endereso di hospital, provedor externu, programa residencial, otu)

Nomi: _____
 Attention: _____
 Rua: _____
 Cidadi/Pawn: _____
 Stadu /Códigu: _____
 Telefoni: _____
 Fax: _____

Unidadi di Autorizason di Sirvisius di DMH

3. Marca Infurmason ki kre divulgadu: (Marca tudu ki ta aplika)

☐ Diagnostiku di saúdi mental y tratamentu dadu pa um psiquiatra; psikólogo; Infermero kliniku spesialisista di saúdi mental; konselharia di asistenti social lisensiadu; tudu otus provedoris di saúdi mental lisensiadu.

☐ Fixeru interu di saúdi mental, *exseptu Notas di Psikoteria ki ta rekeri un otu autorizason*

☐ Resumi di alta

☐ Planu di tratamentu

☐ ISPs y IAPs

☐ Exami Neuropsikiku

☐ Resumi di transferensia

☐ Dokumentason di admison

☐ Exami fisiku

☐ Relatoriu di laboratoriu

☐ Otu (por favor spesifika) / Infurmason adisional: _____

4. Datas di Infurmason ki kre divulgadu: (Skrebi data spesifiku Ô marka kuadrado pa skodji un period di 3 anu)

Datas di Infurmason rekerida: Di: _____ Atê: _____

Ô ☐ Pa um periodu di 3 anu antis di data des autorizason.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorizason pa divulgason di infurmason
Di/pa**

Nomi di Pacienti/Rikerenti: _____

5. Favor *marka un x* pa indika ki nho ta da autorizason pa divulga infurmason siguianti kasu sta na fixero:**(marka tudu ki ta aplika)**

- ☐ Resultadus di testi di VIH (Autorizason ê nesesariu pa kada pididu di divulgason.)
- ☐ Fixeru di abusu di alcol y droga protejido pa leis federal di confidencialidad 42 CFR Part 2 . Leis federal ta proibi kualker divulgason adisional dess infurmason a menus ki divulgason ê expresamenti permitidu pa um autorizason por scritu di pesoa di kual el ta pertensi ô si for permitidu pa 42 CFR Part 2.

Propósito di Divulgason: Autorizason di sirvisu.

M' ta entendi ki:

- M'tem direitu di revoga ess autorizason en kualker momentu.
- Si m'revoga ess autorizason, m'tem ki fazel por scritu y mandal pa DMH na enderesu di DMH identifikadu acima ô ba na skritorio di DMH na nha zona. (skritorio di DMH na bo area sta disponivel na www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; txoma 1-800-221-0053; ô manda email pa dmhinfo@MassMail.State.MA.US)
- Revogason ka ta aplica a Infurmason ki dja foi divulgado por meio des autorizason.
- Revogason ka ta aplica a nha seguradora di saúdi ora ki lei ta dal direitu di contesta um reclamason conforme nha apólice di seguro ta manda.
- Dipos ki kel Infurmason asima for divulgado, kel recipienti podi divulgá otu vez y kel Infurmason podi ka ser protejido pa leis di privacidade y regulamentus estadual ô federal.
- Autorizason pa divulga Infurmason identifikadu asima ê voluntáriu.
- M'ka mesti asina ess formuláriu pa resebi tratamentu ô sirvisus di DMH y/ô di otu pesoa, centru ô ajência indikadu; entretanto, falta di abilidadi di kompartilha ô obtên Infurmason podi impidi DMH, y/ô otu pesoa, centru ô ajência indikadu, di ofresem' kuidadu nesesario y apropiadu.

Es autorizason ta termina prazo (spesifika data, periodo di tempo ô evento) _____ ô, si ka for spesifikadu, el ta termina prazo dipôs di: (i) 1 anu ki foi asinadu; ô (ii) si aplika, kuandu 'm ka sta resibi más sirvisus di DMH.

6. Sinatura / Autorizason: Sina y da Infurmason ki for nesesario li di baxo.

X _____
Bu sinatura ô sinatura di representanti pesoal _____ Data _____

Skrebi Nomi di signatário _____

Infurmason siguianti ê nesesario si for asinado pa um representanti pesoal:

Tipu di autoridad (e.g., indikadu pa tribunal, pai/mãe ki teni custódia): _____

Si ordenadu pa tribunal trazi kópia di orden di tribunal.



COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
KOMMONWEALTH DI MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTO DI SAÚDI MENTAL

AVISO DI PRIVASIDADI

ESTA AVISO EXPLIKAR KOMO INFORMASYONS MÉDIKAS SOBRI BO
PUDI STA USADA E DIVULGADO KU
MO KI BO PUDI TENE AKESO NA KES INFORMASON.
FAZ FAVOR, ANALISÁ KU KUIDADO

Data di inicio di Aviso: 15 di Maio di 2018

Privasidadi

Ao dipartamento di Saúdi Mental (DMH) sta exigido pa lei di stadio ku federal pa manti privasidadi ku segurança da ses informason di saúdi protegida (PHI). Um PHI inklui kualker informasons idi ntifikáveis sobre ses saúdi físika ou mental ku os kuidos di saúdi ke bo recibi o pagamento pa por ses saúdi . Informason sobre os kuidos ke bo recibi di outros fornekeadores também pudi sta inkluída em bo PHI.

DMH é exigido pa lei pa forneker-lhe este aviso pa lhe dizer komo ele pudi usar ku divulgar o bo PHI ku informason di bo direitos di privasidadi. DMH dive seguir práttikas di privasidadi konforme adiante difinido em bo práttikas mais atual di aviso di privasidadi.

Alterasons por este aviso

DMH pudi mudar bo práttikas di privasidadi ku termos do presente aviso, na qualkel momento. Alterasons ta sta aplikadas por PHI e DMH já tene bo PHI ki DMH ta rekibi no futuro. Aviso di Privasidadi mais rekenti ta sta postadas na instalasons di programas DMH, no site da DMH (www.state.ma.us/dmh) keli ta sta disponível pa pedido. Kada aviso di privasidadi ta sta datado.

Komo bo pudi usar DMH por divulgason di bo PHI

DMH pudi usar bo PHI dentro da organizason di DMH e divulgál fora da organizason sem ses autorizason na kes rezons seguintes:

- 1. Pa tretamento** - DMH pudi usar/divulgar bo PHI pa médikos, enfermeiros, residí ntes ou estudantes ku outros prestadores di kuidos di saúdi ke eston envolvidos na prestason di bo serviso di kuidos di saúdi ku afins. Bo PHI ta sta usado pa ajudar no di senvolvimento di bo plano di tratamento ku/ou serviso ku realizar avaliasons ku revissons periódikas. PHI pudi sta divulgada pa outros profissionais di saúdi ku prestadores pa tene rekeitas, exames, konsultas ku outros itens nekeessários pa o bo kuidado. PHI ta sta divulgada aos prestadores di kuidos di saúdi pa efeitos di si referir por bo pa serviso ku em seguida pa koordinar ku prestar os serviso ke bo rekibi.
- 2. Pa pagamento** - DMH pudi usar/divulgar bo PHI pa cobrar ku recibi pagamento pa bo serviso di saúdi . DMH pudi liberar partes do bo PHI pa o Medicaid ou Medicare programa ou um terkeiro pagador di festa pa di terminar si eles ta fazi o pagamento, pa tene por aprovason prévia ku pa ofereker suporte por qualkel reivindikason ou konta.
- 3. Pa operasons di kuidos di saúdi** - DMH pudi usar/divulgar bo PHI pa apoiar atividadi s komo planejamento, geston ku atividadi s administrativas, programa di garantia di qualidad, recibi ku respondi nà reklamasons, (programas di konformidadi pa exemplo, Medicare), auditorias, treinamento ku kredi nkiamento di profissionais di saúdi ku kertifikason ku akreditason (pa exemplo, por komisson conjunta).
- 4. Kompromissos** - DMH pudi usar bo PHI pa lembrá-lo di um kompromisso ou siga as instrusons ou pa forneki informasons sobre alternativas di tratamento ou outra relacionados à saúdi benefíkios ku serviso ke possam sta di interesse pa bo.

5. Assokiadados de negocios -DMH pudi usar/divulgar PHI pa empreiteiros, agentis ku outros parkeiros di negocios ke prekasam di informasons pa auxiliar por DMH kom obtenson di pagamento ou realizar bo operasons di negocios. Si DMH divulga bo PHI pa um parkeiro di negocios, DMH ta tene um kontrato eskrito kom esse parkeiro di negocios pa garantir ke ela também proteje bo PHI.

6. Família ku amigos/klerigo -DMH pudi divulgar um quantidadi limitada di PHI pa os seguintes fins:

- **Klerigo** – Si bo konkorda, verbalmenti ou non, ses afiliason religiosa pudi sta divulgada na klerigo.
- **Por família, amigos ou outros** – Si bo konkorda ou non do objeto, PHI pudi sta divulgada pa as pessoas involvido em bo kuidos ou pagamento pa bo kuido si direktamenti relacionados ku bo involvimento em bo kuidos ou pagamento pa bo kuidos .

7. Exigido pa lei- DMH pudi usar/divulgar PHI komo exigido pa lei, tals komo pa relatar um krime kometido nas bo instalasons, em konformidadi kom um mandado judikial; pa relatar abuzo ou negligênkia ku outras situasons ondi DMH é nekeessário pa fazi relatórios ku/ou divulgar PHI nos termos do estatuto ou Regulamento.

8. Aksons judikials ku disputas -Si trazer um akson judikial ou outro prokesso kontra DMH ou nossos empregados ou agentis, pudi usamos ku revelamos PHI pa di fendi r-nos.

9. Outros rezons- DMH pudi usar/divulgar bo:

- Pa tutela ou prokesso di kompromisso kuando DMH tene um feto;
- Pa outros prokessos judikials ku administrativos, si kertos kritérios;
- Pa autoridadi di saúde pública ke eston por recibi relatórios di abuzo ou negligênkia;
- Pa fins di investigason, despos di um revision interna rigorosa;
- Pa evitar um ameaça grave ku iminente pa por saúde ou segurança;
- Pa pessoas involvido em bo kuidos em situasons di emergênkia si kertos kritérios;
- Pa instituions korreccionals, ku si bo é um prisioneiro, ou bo está di tido pa um agente da lei, pudi remos divulgar bo PHI pa os guardas ou agentis da lei si nekeessário pa lhe proporcionar kuidos di saúde, ou pa manti por segurança, por segurança ku por boa ordi m no lokal ondi está kon multado;
- Eston autorizados por autoridadi s di saúde pública pa atividadadi s di saúde pública, komo o kontrole di doenças ku relatórios di estatistikas vitals;
- Pa agênkias di governo autorizadas realizason di auditorias, inquéritos ku inspeksons das nossas instalasons. Estas agênkias di governo ta monitora as operasons do sistema di kuidos di saúde, programas di benefíkios do governo tals komo Medikare ku Medicaid ku kumprimento regulamentar programas di governo ku leis di direitos kivis;
- Pa reivindikasons da kompensason dos trabalhadores;
- Pa di terminadas funsons di governo espezializados si kertos kritérios; ku
- No evento infeliz da ses morte, pudi mos divulgar bo PHI pa médikos legistas, médikos legistas, diretores funerários ku kertas organizasons di kontratos di órgons.

Usos/divulgasons ke ta rekiri autorizason pa eskrito

DMH é nekeessário ter um autorizason pa eskrito do bo ou o bo representante pessoal legalmenti autorizada pa utilizasons/divulgasons além do tratamento, pagamento ku operasons di kuidos di saúde , por menos ke um exkeson listada akima si aplika. Bo pudi kankelar por autorizason por qualkel momento, si bo fazi keli pa eskrito. Um anular di utilizasons/divulgasons na futuro nso na medida di DMH, já ta fazido kom base na ses autorizason.

Autorizason é nekeessária pa por maioria dos usos ku divulgasons di notas di psikoterapia (Estas son as notas ke manti di terminados provedores di saúde komportamental profissional ke gravar bo kompromissos kom eles ku non son armazenadas em bo registro médiko), kertos informasons di distúrbio di uso substânkia, HIV testes ou resultados di teste ku kertas informasons genéticas mesmo si divulgason está sendo feito pa tratamento, pagamento ou efeitos di operasons di kuidos di saúde , komo di skrito akima.

Embora os seguintes tipo di usos/divulgasons ka sta kontemplados pa DMH, no ta prekisa pa informá eles di qualkel uso ou divulgason di PHI pa merkado ki involve remunerason financeira pa DMH exigirá um autorizason. Da mesmo forma, pa venda di PHI, DMH dive tene um autorizason. DMH ka ta usar ou divulgar bo PHI pa rezons di rekibi rekursos.

Bo direitos di bo PHI

Bo ou bo mandado pessoal legalmenti tem o direito di :

- Solikite ke DMH usar um di terminado di reso ou número di telefoni pa entrar em kontato kom bo. DMH vai tentar akomodar todos os pedidos razoáveis.
- Tene, mediante solikitason, um kópia em papel do presente aviso ou qualkel revision do presente aviso, mesmo ke bo konkordi em rekebê-lo pa via elektrônika.
- Inspeccionar ku solikitar um kópia do PHI usado pa tomar di kissons sobre bo kuidos . Kuando os registros son mantidos eletronikamente, bo pudi solikitar um kópia elektrônika. Akeso por bo registros pudi sta restrito em kirkunstânkias limitada. Si DMH nega bo pedido, no todo ou em parti, pudi rá solikitar ke por negason seja revisto. Pudi sta kobradas taxas pa kopiar ku di diskusson. Simplismenti, DMH respondi bo pedido no prazo di 30 dias. Si é nekeessário um tempo adicional pa respondi, DMH ta sta notifikádo no prazo di 30 dias pa explikar as rezons ke justifika o atraso ku indikar kuando bo pudi esperar um resposta final por ses solikitason di . **Este pedido di ve sta feito pa eskrito.**
- Solikite akréskimos ou korresons pa bo PHI. DMH non é nekeessário konkordar kom tal pedido. Si ele non está di akordo kom bo pedido, DMH ta sta dizer-te pa isso pa eskrito no prazo di 60 dias ku notifiká-lo di bo direitos espekfíkos neste kaso. Si é nekeessário um tempo adicional pa respondi r, DMH notifiká-lo no prazo di 60 dias pa explikar as razons ke justifika o atraso ku indikar kuando bo pudi esperar um resposta final por ses solikitason. **Este pedido di ve sta feito pa eskrito.**
- Solikitar um kontabilidadi di divulgasons (até nos últimos seis anos), ke idintifikaron, em konformidadi kom as leis aplikáveis, di terminadas outras pessoas ou organizasons por qual DMH divulgado bo PHI ku porquê. Um kontabilidadi non inkluirá divulgasons ke sta: (1) fez por bo ou ao bo representante pessoal; (2) autorizado ou aprovado pa bo; (3) feito pa tratamento, pagamento ku operasons di kuidos di saúde ; ku (4) alguns ke sta obrigados pa lei por sta feito. Ordinariamente, DMH respondi rá ao bo pedido no prazo di 60 dias. Si é nekeessário um tempo adicional pa respondi, DMH notifiká-lo no prazo di 60 dias pa explikar as rezons ke justifika o atraso ku indikason di kuando bo pudi esperar um resposta final por ses solikitason. **Este pedido di ve sta feito pa eskrito.**
- Solikite ke DMH restringir komo usa ou divulga bo PHI. DMH non é obrigado por konkordar kom essa restrison, kom por exkeson ke si bo ou alguém em bo nome, pagar pa um serviso ou kuidos di saúde item próprio bolso na íntegra, DMH vai konkordar em non divulgar PHI pertenkem apenas por esse serviso ou item kom bo plano di saúde pa por finalidadi do pagamento ou operason di kuidos di saúde , por menos ke DMH kaso kontrário é obrigado pa lei por divulgar esse PHI. **Este pedido dive sta feito pa eskrito.**

Solikitasons akima pudi m sta feitas no ou submetidas por qualkel instalason DMH ou eskritório.

Retenson di registro

Bo registros individuals ta sta mantidos um mínimo di 20 anos por partir da última data bo rekibi serviso di um kentro di internason DMH ku/ou di DMH operado serviso komunitários. Despos esse tempo, bo registros pudi sta destruídos.

Violason di PHI

DMH ta sta informado si tene um violason inseguro di bo PHI.

Dinuncia

Si bo akredita ke ses privasidadi ou direitos di privasidadi sta violado, ou bo kre fazi um reklamason, bo pudi entrar em kontato: DMH Privaky Offiker, dipartamento di Saúde Mental, 25 Stanford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Telefoni: 617-626-8160, Fax: 617-626-8242. Um queixa di ve sta feito pa eskrito.

Bo também pudi registrar um reklamason kom o Sekretário di saúde ku serviso humanos, eskritório di direitos kivis, U.S dipartamento di saúde ku serviso humanos, JFK Fedi ral Building, 1875 sala, Boston, MA. 02203.

Ningim pudi retaliar kontra bo pa fazi um reklamason ou pa exerker os bo direitos, conforme diskrito no presente aviso.

Informasons di kontato di privasidadi

Si bo di seja tene mais informasons sobre as práttikas di privasidadi do DMH, ou si bo di sejar exerker os bo diretos, bo pudi entrar em kontato: Ofikial de Privasidadi di DMH, dipartamento di Saúdi Mental, 25 Stanford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, telefoni: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131. Um queixa di ve sta feito pa eskrito.

Bo também pudi entrar em kontato kom eskritório di registros médikos di um instalason DMH (pa registros do ke fakilidadi), um diretor di programa DMH (pa registros di sse programa), bo eskritório lokal (pa registros di gerenkiamento di kasos) ou o ofikial di diretos humanos em bo instalasons ou programa, pa mais informasons ou assistência.

Informasons di kontato di DMH

Si bo di seja tene outras informasons (relacionada non-privado) sobre DMH ku bo serviso, pudi kontaktar: DMH informason, dipartamento di Saúdi Mental, 25 Stanford Street, Boston, MA 02114, E-mail: dmhinfo@state.ma.us, telefoni: 800-221-0053, Fax: (617) 626-8131.

Bo também pudi entrar em kontato ku bo diretor di programa DMH, eskritório lokal ou ofikial di diretos humanos na bo instalasons ou programa, por mais informasons ou assistência.