

**目的:**

精神健康部 (DMH) 旨在通过向严重情绪障碍的儿童, 青少年和家庭以及严重和持续性精神疾病的成年人提供服务和支持, 并促进其独立和康复过程。

如何申请 DMH 服务:

通过 DMH 申请精神健康服务的个人必须提交以下填写的表格, 并须在指定的栏目中签名和填写日期:

- DMH 服务申请 (请参阅第 5-9 页)
- 签署 DMH 服务授权决定 (请参阅第 10 页)
- 签署信息发布授权表 (请参阅第 11-12 页)

需要以下信息才在监管期限内做出决定。强烈建议在申请时提交临床信息以加快确定过程。如果您没有包括临床文件, 请包括您目前精神健康护理服务提供者(包括您可能已经接受治疗的任何医院)签署的信息发布。这些信息包括:

- 门诊精神病治疗记录和测试
- 评估住院和出院报告或摘要
- 评估 (如精神、社会心理学)
- 神经心理测试
- 治疗计划
- 如果您有个性化教育计划 (IEP)

DMH 可能会在必要时要求提供附加临床资讯。

提交申请表后的程序:

在收到 DMH 服务申请表后的七天内, DMH 将会电话联系申请人或监护人加以确认。

DMH 临床服务授权专家可根据需要与申请人或监护人面谈, 以进一步讨论和评估申请人或家庭的需求。

如果发现个人符合服务的临床标准, 地区主任或指定人员必须确定个人是否需要 DMH 服务。由于 DMH 服务的可用资源是有限的, DMH 必须优先向谁提供这些服务, 以及如何提供这些服务。DMH 法规确定了用于确定谁有权接受 DMH 服务的标准, 以及这些服务是如何分配的。

区域主任或指定人员将根据 DMH 条例收到和审查信息后, 就服务请求作出决定。

(<https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>)

确定所需的时间可能因支持文件的可用性而异。根据现有信息, DMH 将在 90 天内做出决定。

哪里可以找到 DMH 服务申请和信息发布授权表:

服务申请和信息发布授权表可在 DMH 地区和现场办公室, 急性住院精神病设施以及整个联邦的许多社区项目中获得。他们也可以从 DMH 网站获取 (<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-application-forms-and-appeal-guidelines.html>)

DMH 可以提供翻译员和文件翻译服务, 因此申请人或监护人可以使用他们喜欢的语言与 DMH 沟通。



DMH 服务申请表应发送到哪里:

请在以下页面的列表中找到申请人的城市或城镇，然后将服务申请表发送到相应的 DMH 办事处。如果有任何问题，请致电所列电话号码。

将 DMH 服务申请表和信息发布授权表**签名和填写日期**必须交付，邮寄，传真或扫描并通过电子邮件发送至对申请人，父母或法定监护人所居住社区负责的 DMH 区域或现场事处。

如果您需要协助去完成 DMH 服务请求申请表，请联系以下您所居住城市的 DMH 办事处。

办事处	邮寄地址	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

申请表不可送至位于波士顿市 Staniford Street 的 DMH 中央办公室。这样做会导致误送申请表，可能会造成决定程序延迟。

种族与族裔分类:

要求种族和族裔信息，是为便于 DMH 可以更好地提供在文化和语言上合适的以人为本的服务。它也有助于该部门遵守规定和标准，并允许规划未满足的服务需求。提供有关种族和族裔的信息是可选的。这样做或不做的决定不会影响 DMH 服务的申请。

以下选项可用于完成 DMH 服务请求中的种族和族裔部分。在填写申请表时，请有多于一个种族或人种的人士,如实填写。

下面列出的种族是根据联邦政府制定的标准。族裔被定义为由共同的国籍，历史，祖先，语言或习俗和文化经验相连接的人群。下面的列表提供了一些种族或族群的例子，并不是一个完整的列表。

人种选项
美洲印第安人/阿拉斯加原住民
亚裔
黑人/非裔美国人
黑人/西裔
选择不披露自己的人种
夏威夷土著或其他太平洋群岛人
其他
两种或更多人种
未知
白人/西裔
白人/非西裔

种族举例		
阿尔巴尼亚人	希腊人	巴基斯坦人
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	西裔，其他	波兰人
波斯尼亚人	赫蒙族人	葡萄牙人
巴西人	洪都拉斯人	波多黎各人
缅甸人	印度人	俄国人
柬埔寨人	伊朗人	萨热瓦多人
加拿大人	伊拉克人	索马里人
佛得角人	爱尔兰人	泰国人
中国人	以色列人	藏族人
哥伦比亚人	意大利人	乌克兰人
刚果人	日本人	未知
哥斯达黎加人	韩国人	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	两种或以上种族
菲律宾人	尼日利亚人	其他
法国人	尼加拉瓜人	选择不披露自己的种族



城市或城镇	DMH 办事处	城市或城镇	DMH 办事处	城市或城镇	DMH 办事处	城市或城镇	DMH 办事处
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
Beverly	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



DMH 服务申请

2017 年 12 月生效

城市或城镇	DMH 办事处	城市或城镇	DMH 办事处	城市或城镇	DMH 办事处	城市或城镇	DMH 办事处
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



姓名 _____ SSN _____
 (姓) (名) (中间名) (社会安全号码)

申请人常用名 (如果和法定名不同) _____
 (姓) (名) (中间名)

地址 (如果申请人是无家可归者,最后可知的地址):

 (街道和号码) (公寓号码) (城市) (州) (邮递区号)

邮寄地址 (如果和上述地址不同):

 (街道和号码) (公寓号码) (城市) (州) (邮递区号)

出生日期 ____/____/____ 年龄 ____ 性别 ____ 婚姻状况 ____
 月 日 年

种族 _____ 族裔 _____ 首选语言 _____

需要翻译员服务吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
➤如果是,谁需要译翻员服务?	<input type="checkbox"/> 申请人	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 监护人
申请人是聋人或听力障碍者吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
申请人是盲人吗 (视力20/200或全盲)?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
申请人如果是18岁以上是否注册选举(可选的):	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
申请人是否曾在军队服役?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详

(请勾选所有适用的项目,并提供电话号码/电子邮件地址)

<input type="checkbox"/> 日间/工作电话	() _____	我们可以留言吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 晚间电话	() _____	我们可以留言吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 手机	() _____	我们可以留言吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 电子邮件	_____	我们可以留言吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申请人是否曾被领养,或者在领养过程中? 是 否 不详

家长/监护人首选语言 (如果申请人未满 18 岁) _____

如果申请人未满 18 岁,谁有合法监护权? 父母 DCF 法院指定 本人 (不受约束的)
 如果申请人未满 18 岁,谁有合法的身体监管权? 父母 DCF DYS 本人 (不受约束的)

其他联系人资讯 (请包括所列每个人的信息发布)

紧急联系人姓名 _____
 与申请人关系 _____ 电话号码 _____
 地址 _____

家长/机构联系人 (1) _____
 与申请人关系 _____ 电话号码 _____
 地址 _____

家长/机构联系人 (2) _____
 与申请人关系 _____ 电话号码 _____
 地址 _____



目前的状况:

申请人目前在 医院/CBAT 吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	预计出院日期_____
➤如果回答「是」, 在哪里? _____			
申请人目前是 无家可归者 吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
➤所涉及的机构 (如有): _____			
申请人目前被 监禁 吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	预计出狱日期: _____
➤如果回答「是」, 在哪里? _____			
申请人目前是在 缓刑期/CRA 吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
➤如果回答「是」, 缓刑官姓名: _____			
如果申请人是父母或继父母, 子女与您同住吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用			
申请人目前与另一家州立或联邦机构有关联吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详			
如果是, 哪个机构? 请勾选所有适用的机构			
<input type="checkbox"/> DCF	<input type="checkbox"/> DDS	<input type="checkbox"/> EOEA	<input type="checkbox"/> DPH
<input type="checkbox"/> DYS	<input type="checkbox"/> MRC	<input type="checkbox"/> MCDHH	<input type="checkbox"/> MCB
<input type="checkbox"/> VA			

其他机构联系人: _____ 电话号码: _____
 (请包括信息发布) (姓) (名)

其他机构联系人): _____ 电话号码: _____
 (请包括信息发布) (姓) (名)

监护人资讯 (如果适用):

您是否有法院任命的法定监护人? 是 否
 • 如果回答「是」, 哪一种类型? _____

是否有 DCF 监护人到位? 是 否 不详
 • 如果回答「是」, 哪一种类型? _____

重要信息: 如果申请人有法院指定的监护人, 请提交一份“监护令”副本。法定监护人 (家长或法院指定的) 必须在申请书上签字, 并在申请书上签署所有的信息发布授权书。

法定监护人姓名 _____ 联系 _____
 (姓) (名) (与申请人的联系)

监护人地址 _____
 (街道和号码) (公寓号码) (城市) (州) (邮递区号)

我们可以怎样与监护人联系? (请勾选所有适用的项目, 并提供电话号码/电子邮件地址)

<input type="checkbox"/>	日间/工作电话 () _____	我们可以留言吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/>	晚间电话 () _____	我们可以留言吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/>	手机 () _____	我们可以留言吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/>	电子邮件 _____	我们可以留言吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

收入来源

雇用 社会安全生活补助金 (SSI) 社会安全金 家庭 社会安全伤残保险 (SSDI)

无收入 紧急援助 其他 (请具体说明) _____



DMH 服务申请

2017 年 12 月生效

教育/学校/学院信息

申请人目前在上学吗? 是 否 不详

- 如果是, 学校和城镇/城市 _____

谁是负责的地方教育机构 (LEA)? _____

申请人是否有个人化教育计划 (IEP)? 是 否 不详

如果是, 申请人接受什么类型的特殊教育服务? (请勾选所有适用的项目)

居住 日间 不详

其他 (请注明): _____

这是一个 688 转介吗? 是 否 不详

申请人是否有 504 住宿计划? 是 否 不详

健康保险:

目前的保险计划 (请勾选所有适用的项目):

Medicare: 医保号码 _____

Medicaid/MassHealth: 医保号码: _____

类型: _____

保险名称: _____

➤ 申请人目前是否参加了 **儿童行为健康倡议 (CBHI)** 服务? 是 否

如果“是”, 请在下面标明服务人员和社区服务机构 (CSA)。

- 社区服务机构名称 (CSA): _____

- 申请人目前正在接受的 CBHI 服务: _____

➤ 申请人目前是否报名参加一个 **负责的护理组织 (ACO)**? 是 否

如果“是”, 请在下面标明姓名和联系信息。

➤ 申请人目前是否报名参加一个 **行为健康社区合作伙伴 (BHCP)**? 是 否

如果“是”, 请在下面标明姓名和联系信息。

One Care 壹体健康保险

保险计划: _____

商业/私人保险保单号码: _____

保险公司: _____

保险订户名称: _____

没有健康保险

健康保险申请是否正在等待? 是 否

如果是, 请说明是哪一项保险项目: _____



DMH 服务申请

2017 年 12 月生效

主要的精神健康护理服务提供者:

请说明谁为您提供定期的精神健康护理服务。如果没有定期的精神健康护理服务提供者，请在本节说明最近向您提供精神健康护理服务的提供者。

主要精神健康护理服务提供者: _____
(姓) (名)

目前的服务提供者? 是 否

机构名称: _____

地址 _____
(街道和号码) (公寓号码) (城市) (州) (邮递区号)

电话号码: _____ 分机: _____

诊断信息:

申请人是否有现时的精神科诊断? 是 否 不详

如回答「是」, 请列出所有已知诊断:

其他支援:

姓名	关系 (例如, 治疗师、 家人、牧师)	地址	电话	包括发布信息? (是/否)



一般身体健康状况：

请说明谁向您提供定期的医疗护理服务。如果没有定期的医疗保健服务提供者，请在本节说明最近向您提供医疗保健服务的提供者。：

主要医疗护理服务提供者 _____ 目前的服务提供者？ 是 否

机构名称： _____

医疗服务提供者地址： _____

电话号码： _____

是否有任何需持续护理的医疗问题？ 是 否 不详

曾经有一个神经问题的诊断？ 是 否 不详

如果回答「是」，请描述任何目前的医疗或神经问题：

药物：

申请人目前是否正在服用任何药物？ 是 否 不详

如果回答「是」，请列出药物/药量和开药者：

为什么申请服务？

需要哪些类型的服务？



DMH 服务授权决定

- 我请求精神健康部 (DMH) 作出 DMH 服务授权决定。我已在本申请表中随附已签名的信息发布授权表, 以供需有要时应用。我明白作为决定程序的一部分, DMH 将搜集和审核医疗记录。我明白我的姓名和有关我的资讯将会包括在 DMH 记录保存系统中。
- DMH 可能会在现有临床记录不足以作出决定的情况下, 要求跟我面谈或进行临床评估。
- 我将会需要发布有关我的收入和保险的信息, DMH 也可能根据我的付款能力向我收取服务费。
- 我明白当 DMH 决定因为申请人不符合接受 DMH 服务的标准而不批准申请人的申请时, 可以对 DMH 的决定提出上诉。
- 我收到一份「DMH 隐私保护方法通知」副本 (随附在本服务申请中)。
- 我允许 DMH 与以下协助本申请的人士就我的 DMH 服务申请进行沟通。此权限在我的申请完全处理之前或直到我向 DMH 发出书面通知撤销权限之前有效。

签名

申请人或申请人法定监护人签名_____
申请人姓名 (工整填写)_____
签名日期

- 签署: 家长 法定监护人 申请人, 如果是成人或自由未成年人
- 附有监护文件或儿童家庭的部门逮捕令? 是 否 不详

协助申请人

本节应由服务提供者或协助申请人填写申请的其他人填写。

姓名 _____ 关系 _____
(姓) (名) (与申请人的关系)

机构名称: _____

地址: _____
(街道和号码) (公寓号码) (城市) (州) (邮递区号)电话 # _____ 日間 晚間 手机

代表申请人提交申请的计划或设施

本节由代表申请人提交申请的计划或设施填写。

计划或设施名称_____
申请人姓名

- 申请人/监护人在 _____ (日期) 接到通知 以他们的名义提交申请, 他们未提出反对。
- 申请人缺乏能力, 已在相关法院提交监护权申请 (随附申请副本)。

签名

提交申请人的签名和职称_____
提交申请人的姓名 (工整填写)

提交医疗信息发布表

作为 DMH 服务决定申请程序的一部分, DMH 将审核所有申请人接受的现有精神健康护理记录。请随申请表提交已签名的信息发布授权表。

1. 请为每一位精神健康护理服务提供者提交一份已签名的信息发布授权表。如果精神健康护理是透过诊所提供, 请填写该诊所的一位主要护理医生的姓名。
2. 此外, 申请人希望在决定程序中作为考虑的任何临床资讯, 请提交信息发布授权表。根据需要制作此表格的其他副本
3. 请检查每一份信息发布授权表中的服务提供者姓名、地址和电话号码是否准确。正确的姓名、地址和电话号码可加速审核程序。
4. 请务必在发布信息发表上所有的地方简签或签名(包括特别授权发布部分)。

随本申请表提交了多少份信息发布授权表?

DMH 还将审查申请人或协助申请人的人士可能拥有的、并希望提交以供考虑的任何医疗记录。

5. 请填写本申请表随附的每一份医疗记录的信息发布授权表, 并在表中签署, 供 DMH 工作人员在需要核查报告中包含的资讯时使用。
6. 医疗报告副本不会退回, 因此请勿寄送原件。

随本申请表提交了多少份医疗报告?

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

授权释出资讯同意书
双向

1. 患者/申请人资料

姓名: _____ 其它名字: _____
 街道: _____ 公寓#: _____
 城市/乡镇: _____ 州: _____ 邮递区号: _____
 社会安全码 #: _____ 出生日期: _____
 电话号码: _____

2. 授权同意书: 我同意心理健康部 (DMH) 可向下列个人、诊所或机构以书面或口头方式释出及接收心理治疗纪录。

个人、单位或机构 (e.g., 医院的名称及地址, 门诊单位, 住宿型
 计画或其他)

名称: _____
 负责人: _____
 街道: _____
 城市/乡镇: _____
 州/邮递区号: _____
 电话号码: _____
 传真号码: _____

DMH 服务授权单位

3. 请勾选您愿意释出的消息: (请勾选所有符合的项目)

由精神科医师、心理医师、临床心理健康护理师、持牌照社工师及其他持牌照心理健康专业所提供的心理健康诊断及治疗方式;

完整的心理健康纪录, 心理治疗纪录需另外的授权书, 不列入此范围

出院纪录简述

治疗计画

ISPs & IAPs

神经心理测试结果

转院纪录简述

入院纪录

全身检查纪录

医检报告

其他 (请详述) / 额外资讯: _____

4. 您愿意释出资讯的期间: (请注明特定时间或勾选下列方块选择释出过去三年内的资讯)

相关资讯期间: 自: _____ 至: _____

或 自本授权书签属日回算三年内

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only授权释出资讯同意书
双向

患者/申请人姓名: _____

5. 请勾选以下空格以指名您同意释出下列相关资讯：(请勾选所有符合的项目) HIV 检测结果 (每件授权同意书皆须获得个别授权许可) 酒精与药物滥用纪录受到联邦保密条款 42 CFR Part 2 的保护。除非当事人以书面方式清楚表达许可，联邦条款 42 CFR Part 2 禁止进一步揭露相关资讯。

授权目的: 服务许可

我了解:

- 我有权在任何时间推翻此项授权。
- 如果我要解除此项授权，我必须以书面方式呈至第一页内列出的DMH的地址给DMH，或交由所属地区的DMH。(请至 www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; 或去电1-800-221-0053或电邮: dmhinfo@MassMail.State.MA.US)
- 因本份授权书而已经释出的资讯将不适用于授权解除的条件。
- 因法律提供保险公司有权依据我的保险条款来驳回我的医疗费用，授权解除将不适用于我的保险公司。
- 上述的资讯一旦释出，联邦或州政府隐私法规有可能无法限制接收讯息者再度释出该讯息。
- 同意揭露上述资讯是本人自愿的。
- 我并不需要签名同意本文件也能够接受由DMH与/或上述提及的个人、诊所或机构所提供的治疗及服务。然而，无法分享或取得资讯将有可能导致DMH或上述提及的个人、诊所或机构无法提供适当或必须的治疗及服务。

本授权书将于 (请注明特定的日期、时段或事件) _____ 过期，若无特定注明，则会在以下两种情况下过期: (i) 签署日一年后; or (ii) 当我已经不再接受 DMH 的服务时。

6. 签名 / 授权: 请签名及提供以下资讯

X _____
您或代理人的签名 日期

签名者的姓名正写

如为代理者签名请提供以下资讯:
代理人身分 (例: 法院指派, 拥有监护权的父母): _____

如为法院指派请提供法院判决书。

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

授权释出资讯同意书
双向

1. 患者/申请人资料

姓名: _____ 其它名字: _____
 街道: _____ 公寓#: _____
 城市/乡镇: _____ 州: _____ 邮递区号: _____
 社会安全码 #: _____ 出生日期: _____
 电话号码: _____

2. 授权同意书: 我同意心理健康部 (DMH) 可向下列个人、诊所或机构以书面或口头方式释出及接收心理治疗纪录。

个人、单位或机构 (e.g., 医院的名称及地址, 门诊单位, 住宿型计画或其他)

名称: _____
 负责人: _____
 街道: _____
 城市/乡镇: _____
 州/邮递区号: _____
 电话号码: _____
 传真号码: _____

DMH 服务授权单位

3. 请勾选您愿意释出的消息: (请勾选所有符合的项目)

由精神科医师、心理医师、临床心理健康护理师、持牌照社工师及其他持牌照心理健康专业所提供的心理健康诊断及治疗方式;

完整的心理健康纪录, 心理治疗纪录需另外的授权书, 不列入此范围

出院纪录简述

治疗计画

ISPs & IAPs

神经心理测试结果

转院纪录简述

入院纪录

全身检查纪录

医检报告

其他 (请详述) / 额外资讯: _____

4. 您愿意释出资讯的期间: (请注明特定时间或勾选下列方块选择释出过去三年内的资讯)

相关资讯期间: 自: _____ 至: _____

或 自本授权书签属日回算三年内

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only

授权释出资讯同意书
双向

患者/申请人姓名: _____

5. 请勾选以下空格以指名您同意释出下列相关资讯：（请勾选所有符合的项目）

- HIV 检测结果 (每件授权同意书皆须获得个别授权许可)
- 酒精与药物滥用纪录受到联邦保密条款 42 CFR Part 2 的保护。除非当事人以书面方式清楚表达许可，联邦条款 42 CFR Part 2 禁止进一步揭露相关资讯。

授权目的: 服务许可

我了解:

- 我有权在任何时间推翻此项授权。
- 如果我要解除此项授权，我必须以书面方式呈至第一页内列出的DMH的地址给DMH，或交由所属地区的DMH。（请至 www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory；或去电1-800-221-0053或电邮：dmhinfo@MassMail.State.MA.US）
- 因本份授权书而已经释出的资讯将不适用于授权解除的条件。
- 因法律提供保险公司有权依据我的保险条款来驳回我的医疗费用，授权解除将不适用于我的保险公司。
- 上述的资讯一旦释出，联邦或州政府隐私法规有可能无法限制接收讯息者再度释出该讯息。
- 同意揭露上述资讯是本人自愿的。
- 我并不需要签名同意本文件也能够接受由DMH与/或上述提及的个人、诊所或机构所提供的治疗及服务。然而，无法分享或取得资讯将有可能导致DMH或上述提及的个人、诊所或机构无法提供适当或必须的治疗及服务。

本授权书将于 (请注明特定的日期、时段或事件) _____ 过期，若无特定注明，则会在以下两种情况下过期：(i) 签署日一年后; or (ii) 当我已经不再接受 DMH 的服务时。

6. 签名 / 授权: 请签名及提供以下资讯

X _____
您或代理人的签名 日期

_____ 签名者的姓名正写

如为代理者签名请提供以下资讯:

代理人身分 (例: 法院指派, 拥有监护权的父母): _____

如为法院指派请提供法院判决书。

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only授权释出资讯同意书
双向**1. 患者/申请人资料**

姓名: _____ 其它名字: _____
 街道: _____ 公寓#: _____
 城市/乡镇: _____ 州: _____ 邮递区号: _____
 社会安全码 #: _____ 出生日期: _____
 电话号码: _____

2. 授权同意书: 我同意心理健康部 (DMH) 可向下列个人、诊所或机构以书面或口头方式释出及接收心理治疗纪录。

个人、单位或机构 (e.g., 医院的名称及地址, 门诊单位, 住宿型计画或其他)

名称: _____
 负责人: _____
 街道: _____
 城市/乡镇: _____
 州/邮递区号: _____
 电话号码: _____
 传真号码: _____

DMH 服务授权单位

3. 请勾选您愿意释出的消息: (请勾选所有符合的项目)

由精神科医师、心理医师、临床心理健康护理师、持牌照社工师及其他持牌照心理健康专业所提供的心理健康诊断及治疗方式;

完整的心理健康纪录, 心理治疗纪录需另外的授权书, 不列入此范围

出院纪录简述

治疗计画

ISPs & IAPs

神经心理测试结果

转院纪录简述

入院纪录

全身检查纪录

医检报告

其他 (请详述) / 额外资讯: _____

4. 您愿意释出资讯的期间: (请注明特定时间或勾选下列方块选择释出过去三年内的资讯)

相关资讯期间: 自: _____ 至: _____

或 自本授权书签属日回算三年内

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only授权释出资讯同意书
双向

患者/申请人姓名: _____

5. 请勾选以下空格以指名您同意释出下列相关资讯：(请勾选所有符合的项目) HIV 检测结果 (每件授权同意书皆须获得个别授权许可) 酒精与药物滥用纪录受到联邦保密条款 42 CFR Part 2 的保护。除非当事人以书面方式清楚表达许可，联邦条款 42 CFR Part 2 禁止进一步揭露相关资讯。

授权目的: 服务许可

我了解:

- 我有权在任何时间推翻此项授权。
- 如果我要解除此项授权，我必须以书面方式呈至第一页内列出的DMH的地址给DMH，或交由所属地区的DMH。(请至 www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; 或去电1-800-221-0053或电邮: dmhinfo@MassMail.State.MA.US)
- 因本份授权书而已经释出的资讯将不适用于授权解除的条件。
- 因法律提供保险公司有权依据我的保险条款来驳回我的医疗费用，授权解除将不适用于我的保险公司。
- 上述的资讯一旦释出，联邦或州政府隐私法规有可能无法限制接收讯息者再度释出该讯息。
- 同意揭露上述资讯是本人自愿的。
- 我并不需要签名同意本文件也能够接受由DMH与/或上述提及的个人、诊所或机构所提供的治疗及服务。然而，无法分享或取得资讯将有可能导致DMH或上述提及的个人、诊所或机构无法提供适当或必须的治疗及服务。

本授权书将于 (请注明特定的日期、时段或事件) _____ 过期，若无特定注明，则会在以下两种情况下过期: (i) 签署日一年后; or (ii) 当我已经不再接受 DMH 的服务时。

6. 签名 / 授权: 请签名及提供以下资讯

X _____
您或代理人的签名 日期

签名者的姓名正写

如为代理者签名请提供以下资讯:

代理人身分 (例: 法院指派, 拥有监护权的父母): _____

如为法院指派请提供法院判决书。



COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

隐私权通知

本通知描述关于您的医疗信息
可能已经使用并披露及
你如何获得这些信息.

请仔细阅读

通知生效日期: 2018 年 5 月 15 日

隐私

州和联邦法律要求精神健康局 (DMH) 维护您受保护的健康信息 (PHI) 的隐私和安全。PHI 包括有关您身体或精神健康的任何可识别信息, 您收到的医疗保健以及您的医疗保健付款。有关您从其他提供商处获得关怀护理的信息也可能包含在您的 PHI 中。

法律要求 DMH 向您提供本通知, 告诉您如何使用和披露您的 PHI 并通知您您的隐私权。DMH 必须遵守其最新隐私惯例通告中规定的隐私惯例。

本通知的更改

DMH 可随时更改其隐私惯例和本通知的条款。更改都将适用于 DMH 已经拥有的 PHI 以及未来收到的 PHI。最新的隐私声明将张贴在 DMH 网站 (www.state.ma.us/dmh) DMH 设施和计划中, 并可应要求提供。每个隐私声明都会注明日期。

DMH 如何使用和披露您的 PHI

DMH 可能在 DMH 组织内使用您的 PHI, 并在未经您授权的情况下将其披露给 DMH 以外组织, 用于下列目的:

1. 治疗

DMH 可以使用/披露 PHI 给医生, 护士, 居民或学生以及参与提供医疗保健和相关服务的其他医疗保健提供者。您的 PHI 将用于协助制定治疗和/或服务计划, 并定期进行审查和评估。PHI 可能会向其他医疗保健专业人员和提供者披露, 以获取您的护理所需的处方, 化验, 咨询和其他项目。为了向您提供服务, PHI 将会向医疗保健提供者披露, 然后协调和提供您获得的服务。

2. 付款

DMH 可以使用/透露您的 PHI, 为您的医疗保健服务收费。DMH 可能会将您的 PHI 部分发放给医疗补助或医疗保险计划或第三方付款人, 以确定他们是否会付款, 获得事先批准并支持任何索赔或账单。

3 对于医疗保健操作

DMH 可以使用/披露 PHI 来支持活动, 如计划规划, 管理和行政活动, 质量保证, 接受和回应投诉, 合规计划 (如医疗保险), 审计, 训练和医疗保健专业人员的资格认证, 证明和认可 (如联合委员会)。

4. 预约提醒

DMH 可以使用 PHI 提醒您预约或跟进指示, 或向您提供有关治疗方案或其他与健康有关的福利和服务的信息, 这些信息可能会对您有所帮助。

5 商业伙伴

DMH 可以使用/披露 PHI 给需要这些信息的承包商，代理商和其他商业伙伴，以协助 DMH 获得付款或进行业务运营。如果 DMH 向商业伙伴披露您的 PHI，DMH 将与该商业伙伴签订书面合同，以确保他们也保护您的 PHI。

6. 家人和朋友/神职人员

DMH 可能会为以下目的披露有限数量的 PHI:

- 神职人员
 - 如果您用口头或用其他方式同意，您的宗教信仰可能会披露给神职人员
- 对于家人，朋友或其他人
 - 如果您同意或不反对，如果他们直接涉及参与您的护理或为您的护理付款，PHI 可能会向涉及您的护理或付款的人员披露

7. 法律规定

DMH 可以根据法律要求使用/披露 PHI，例如报告在其处所犯下的重罪，根据法院命令, 报告虐待或忽视儿童的情况，以及在其他情况之下，DMH 根据法规被要求做报告和/或披露您的 PHI。

8. 诉讼和争议

如果您对 DMH 或我们的员工或代理人提起法律诉讼或其他诉讼，我们可能会使用并披露 PHI。

9. 其他目的

DMH 可能会使用/披露您的 PHI：

- DMH 是参与方的监护或承诺程序;
- 对于其他司法和行政程序，如果符合某些标准;
- 接受虐待或忽视报告的公共卫生当局;
- 为了研究目的，在严格的内部审查之后;
- 避免对健康或安全造成严重和迫在眉睫的威胁;
- 如果某些标准得到满足，在紧急情况下向涉及您护理的人员提供服务;
- 如果您是囚犯，或您被执法人员拘留，则可以向监狱管理人员或执法人员透露您的 PHI，以便为您提供保健服务，或维护安全，安全和良好的秩序在你所处的地方;
- 授权公共卫生官员开展公共卫生活动，如追踪疾病和报告重要统计数据;
- 授权政府机构对我们的设施进行审计，调查和检查。这些政府机构监督医疗保健系统的运作情况，医疗保险和医疗补助等政府福利计划，以及遵守政府监管计划和民法;
- 对于工人赔偿索赔;
- 对于某些专门的政府职能，如果符合某些标准; 和
- 在您不幸遇难的事件中，我们可能会将您的 PHI 披露给验尸官，体检医生，殡仪馆主管以及某些器官和组织采购组织。

使用/披露要求书面授权

除非上述例外情况，否则 DMH 必须获得您或您的个人合法授权代表的书面授权，以用于治疗，付款和医疗保健操作之外的使用/披露。如果您以书面形式进行授权的话，您可以随时取消授权。除非 DMH 已根据您的授权采取行动，取消授权将停止未来的使用/披露。

披露心理治疗笔记大多数必须获得授权（这些笔记是某些专业行为健康服务提供者认为记录您的约会并且未存储在您的医疗记录中），某些物质使用障碍信息，HIV 检测或测试结果，以及某些遗传信息，即使披露正在进行治疗，付款或医疗保健的目的如上所述。

尽管 DMH 未考虑以下类型的使用/披露，但我们需要通知您，任何使用或披露涉及 DMH 的财务报酬营销的 PHI 都需要授权。同样，DMH 出售 PHI 必须获得授权。DMH 不会使用或披露您的 PHI 为筹款目的。

您的 PHI 权利

您或您的个人合法授权代表有权：

- 要求 DMH 使用特定地址或电话号码与您联系。DMH 将尽力满足所有合理要求。
- 根据要求获得本通知的纸质副本或本通知的任何修订，即使您同意以电子方式接收。
- 检查并索取 PHI 的副本，用于对您的护理做出决定。当电子记录保存时，您可以要求电子副本。在有限的情况下，您的记录可能受到限制。如果 DMH 全部或部分拒绝您的请求，您可以要求拒绝审核。复印和邮寄费用可能需要收费。通常，DMH 将在 30 天内回复您的请求。如果需要更多时间作出回应，DMH 将在 30 天内通知您解释延误的原因，并指出您何时可以对您的请求收到最终答复。**这项要求必须以书面形式提出。**
- 请求添加或更正您的 PHI。DMH 不需要同意这样的要求。如果它不符合您的要求，DMH 会在 60 天内书面通知您告诉您为什么，并通知您在该事件中的具体权利。如果 DMH 需要更多时间作出回应，DMH 将在 60 天内通知您解释延迟原因，并指出您何时可以对您的请求收到最终答复。**这项要求必须以书面形式提出。**
- 根据适用法律要求 DMH 会计处理披露（至过去六年），DMH 曾经披露您的 PHI 给某些个人或组织及其原因。会计处理不包括以下披露：（1）向您或您的个人代表提供；（2）由您授权或批准；（3）用于治疗，付款和保健操作；和（4）法律要求做的一些事情。通常情况下，DMH 将在 60 天内回复您的请求。如果需要更多时间作出回应，DMH 将在 60 天内通知您解释延迟原因，并指出您何时可以对您的请求收到最终答复。**这项要求必须以书面形式提出。**
- 要求 DMH 限制其使用或披露您的 PHI 的方式。DMH 不需要同意这种限制，但是，如果您或代表您的人自费支付全额服务或医疗保健项目，DMH 将同意不公开与此相关的 PHI 服务或保健项目，除非法律另有要求披露该 PHI。**这项要求必须以书面形式提出。**

上述要求可以在任何 DMH 设施或办公室提出或提交。

记录保留

您的个人记录将从您从 DMH 住院医疗机构和/或 DMH 运营的社区服务处获得服务的最后日期起至少保留 20 年。在此之后，您的记录可能会被破坏。

违反 PHI

如果违反您无担保的 PHI，DMH 会通知您。

诉讼

如果您认为您的隐私权或隐私权已被违反，或者您想提出投诉，您可以联系：精神健康局隐私官员 DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, 电子邮件：

DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, 电话: 617-626-8160, 传真: 617-626-8242.

投诉必须以书面形式提出。

您也可以向健康与人类服务部秘书长提出申诉。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。

任何人不得因本通知中所述提出投诉或行使您的权利而对您进行报复。

隐私联系信息

如果您想获得有关 DMH 隐私惯例的进一步信息，或想要行使您的权利，请联系：精神健康局隐私官员，DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, 电子邮件:

DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, 电话: 617-626-8160, 传真: 617-626-8131。投诉必须以书面形式提出。

您也可以联系 DMH 机构的医疗记录办公室（该机构的记录），DMH 计划主任（该计划的记录），您的现场办公室（案件管理记录）或您的机构或计划的人权主任获取更多信息或协助。

DMH 联系信息

如果您想获得有关精神健康局及其服务的信息（非隐私相关信息），请联系：精神健康局信息处 DMH Information , Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, 电子邮件：

dmhinfo@state.ma.us, 电话：800-221-0053，传真：（617）626-8131。

您也可以联系您的 DMH 项目主管，您的现场办公室或您的设施或计划的人权主任，以获取更多信息或协助。