

**Objectif:**

Le département de la santé mentale (Department of Mental Health, DMH en anglais) cherche à faciliter l'indépendance et le rétablissement en offrant des prestations et des soutiens aux enfants, aux jeunes et aux familles qui souffrent de troubles émotionnels graves et aux adultes qui souffrent de maladie mentale persistente et grave.

Comment Demander les Prestations auprès du DMH:

Les personnes qui demandent les prestations de santé mentale à travers le DMH doivent soumettre les formulaires suivants. Il est essentiel que les signatures et les dates soient placées aux endroits indiqués sur chaque formulaire:

- Demande de Requête de Prestations auprès du DMH. (voir les pages 5 à 9)
- Décision d'Autorisation de prestations auprès du DMH signée* (voir la page 10)
- Autorisation signée de diffusion d'informations* (voir pages les 11 et 12)

Les renseignements suivants sont nécessaires à fin de prendre une décision dans les délais réglementaires prévus. Il est fortement recommandé de soumettre des informations cliniques au moment de la demande pour accélérer le processus de décision. Si vous ne joignez pas la documentation clinique, veuillez joindre une communication de renseignements signée pour les prestataires actuels, y compris tous les hôpitaux où vous avez reçu des traitements. De tels renseignements comprennent:

- Dossiers et évaluation psychiatriques en service externe.
- Rapports ou sommaires d'admission et de fin d'hospitalisation
- Évaluations (par exemple, Psychiatrique et psychosocial).
- Évaluations neuropsychologiques
- Plans de Traitement
- Plan Éducationnel Individualisé (Individualized Education Plan, IEP en anglais)* si c'est en place.

Le DMH peut demander des renseignements cliniques supplémentaires si c'est nécessaire.

À quoi s'attendre après avoir déposé une demande:

Dans sept (7) jours après la réception de la Demande de *Requête de Prestations du DMH*, le DMH contactera le demandeur ou son tuteur pour accuser réception de la Demande de *Requête de Prestations auprès du DMH*.

Un *spécialiste d'autorisation de prestations cliniques* du DMH peut exiger, si nécessaire, une rencontre en personne avec le demandeur et/ou le gardien pour une discussion plus approfondie et pour évaluer les besoins du demandeur et/ou de la famille.

Si nous croyons qu'un individu remplit les critères cliniques pour les services, le directeur régional ou son représentant désigné doit déterminer si l'individu a besoin des prestations du DMH. Parce que la disponibilité des services du DMH est restreinte, le DMH doit prioriser à qui et comment ces services sont offerts. Les règlements du DMH établissent les critères utilisés pour décider qui est autorisé à recevoir les prestations du DMH, et comment ces services sont attribués.

Le directeur régional du DMH ou son représentant désigné prendra une décision concernant les demandes de prestations après avoir reçu et évalué les renseignements en accord avec les règlements du DMH:

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

Le temps nécessaire pour prendre une décision peut varier en fonction de la disponibilité de documents justificatifs. Une décision sera prise dans 90 jours après que le DMH a reçu la demande, en fonction des renseignements qui sont disponibles.

Où trouver les formulaires de demande et d'autorisation de communication de renseignements:

Les formulaires de *demande de requête de prestations du DMH* et *d'autorisation de communication de renseignements* sont disponibles au bureau régional ou local du DMH, aux établissements de soins psychiatriques internes intensifs et dans beaucoup de programmes communautaires à travers le Commonwealth. Ils sont également disponibles sur le site web du DMH:

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

Le DMH peut offrir un interprète et des services de traduction de documents afin que le demandeur ou le gardien puisse utiliser leur langue préférée pour communiquer avec le DMH.

**Où envoyer la demande de prestations auprès du DMH:**

Veillez identifier la ville ou la localité du demandeur sur la liste qui apparaît sur les pages suivantes, et envoyer la demande au bureau spécifique du DMH de la liste ci-dessous. Veuillez téléphoner au numéro indiqué si vous avez des questions.

Vous devez délivrer, envoyer par la poste, numériser et envoyer par courriel les formulaires de demande de prestations auprès du DMH **signée et datée**, et d'*autorisation de communication de renseignements dûment signée* au bureau régional ou local qui s'occupe de la communauté où le demandeur, les parents ou gardiens légaux vivent au moment de la demande.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la *Demande de Prestations auprès du DMH*, veuillez contacter le bureau ci-dessous qui s'occupe de la localité où le demandeur vit.

Bureau	Adresse Postale	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
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

Vous ne devez PAS envoyer des demandes au bureau central du DMH qui se trouve à Staniford Street à Boston. Si vous le faites, vos demandes seront mal acheminées, et cela causera des retards dans le processus de décision.

Les catégories de race et d'ethnicité:

Les renseignements sur la race et l'ethnicité sont demandés afin que le DMH puisse offrir des prestations personnalisées qui sont culturellement et linguistiquement appropriées. Cela aide aussi le département à respecter les règlements et les standards, et cela permet la planification de besoins de services non comblés. **Offrir des renseignements sur la race et l'ethnicité demeure facultatif.** La décision de les fournir ou de ne pas les fournir, ne va pas affecter la demande de prestations auprès du DMH.

Les options suivantes peuvent être utilisées pour remplir les sections sur la race et l'ethnicité dans le cadre de la *demande de prestations auprès du DMH*. Pendant que vous remplissez la demande, les personnes qui s'identifient comme appartenant à plusieurs races ou groupes ethniques sont priées de s'identifier comme telles.

Les catégories raciales indiquées ci-dessous sont basées sur un standard défini par le gouvernement fédéral. L'ethnicité est définie comme le groupe de personnes qui sont connectées par une origine nationale commune, une histoire, des ancêtres, une langue ou des coutumes et des expériences culturelles. La liste suivante vous est offerte pour vous montrer des exemples d'ethnicités ou groupes ethniques, et ne prétend pas être une liste exhaustive.

Options de race
Amérindien /Autochtone de l'Alaska
Asiatique
Noir/ Africain Américain
Noir/ Hispanique
Préfère ne pas s'identifier
Hawaïen indigène ou Polynésien
Autre
Deux ou plus races
Inconnu
Blanc/ Hispanique
Blanc/ Pas Hispanique

Exemples d'ethnicités		
Albanais	Grec	Pakistanaï
Américain /Etats-Unis	Guatémaltèque	Péruvien
Arménien	Haïtien	Panaméen
Bouthanaï	Autre	Polonais
Bosnien	Hmong	Portuguais
Brésilien	Hondurien	Portoricain
Birman	Indien	Russe
Cambodien	Iranien	Salvadorien
Canadien	Irakien	Somalien
Cap-verdien	Irlandais	Thailandais
Chinois	Israélien	Tibétain
Colombien	Italien	Ukrainien
Congolais	Japonais	Inconnu
Costaricien	Coréen	Vénézuélien
Dominicain	Laotien	Vietnamien
Egyptien	Libanais	Antillais/Caribéen
Erythréen	Mexicain	
Ethiopien	Marocain	Deux ou plus d'ethnicités
Philippin	Nigérian	Autre
Français	Nicaraguayen	Préfère ne pas s'identifier

**DEMANDE DE PRESTATIONS AUPRÈS DU DMH**

En vigueur: Décembre 2017

Ville ou municipalité	Bureau du 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

**DEMANDE DE PRESTATIONS AUPRÈS DU DMH**

En vigueur: Décembre 2017

Ville ou municipalité	Bureau du 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
Mattapoissett	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

**DEMANDE DE PRESTATIONS AUPRÈS DU DMH**

En vigueur: Décembre 2017

Nom Légal du demandeur _____ **Numéro de sécurité sociale** _____
 (Nom) (Prénom) (Second prénom) (numéro de sécurité sociale)

Nom préféré du demandeur (si c'est différent du nom légal) _____
 (Nom) (Prénom) (Second prénom)

Adresse (ou la dernière adresse connue si le demandeur est sans domicile):

_____ (Numéro et rue) (Numéro de l'appartement) (Ville) (Etat) (Code postal)

Adresse postale (si c'est différent de l'adresse ci-dessus)

_____ (Numéro et rue) (Numéro de l'appartement) (Ville) (Etat) (Code postal)

Date de naissance ____/____/____ **Âge** ____ **Sexe** ____ **Etat Civil** ____
 jour Mois Année

Race _____ **Ethnicité** _____ **Langue préférée** _____

Est-il nécessaire d'avoir les services d'un interprète?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
➤ Si oui, qui a besoin d'un interprète?	<input type="checkbox"/> Demandeur	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Gardien
Le demandeur est-il sourd ou malentendant?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Le demandeur est-il aveugle au sens de la loi (vision <20/200 ou totalement aveugle)/?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si âgé de 18 ans ou plus, le demandeur est-il un électeur? (facultatif):	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Le demandeur a-t-il servi dans les forces armées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

(Veuillez cocher tout ce qui valable ci-dessous, et donner un numéro de téléphone/adresse email)

- Jour/Téléphone () _____ Pouvons-nous laisser un message? Oui Non
- Téléphone de soir () _____ Pouvons nous laisser un message? Oui Non
- Cellulaire () _____ Pouvons nous laisser un message? Oui Non
- Adresse email _____ Pouvons nous laisser un message? Oui Non

Le demandeur a-t-il été adopté, ou dans le processus d'adoption? Oui Non Inconnu

Langue préférée du parent/gardien (si le demandeur a moins de 18 ans): _____

Si le demandeur a moins de 18 ans, qui a la garde **légal**? Parent DCF Désigné par le tribunal Soi-même (émancipé)

Si le demandeur a moins de 18 ans, qui a la garde physique? Parent DCF DYS Soi-même (émancipé)

Coordonnées de contacts supplémentaires (Veuillez joindre une communication de renseignements pour chaque personne citée)

Nom du contact en cas d'urgence _____

Lien avec le demandeur: _____ Numéro de téléphone _____

Adresse: _____

Contact parent/organisme(1) _____

Lien avec le demandeur: _____ Numéro de téléphone _____

Adresse: _____

Contact parent/organisme (2) _____

Lien avec le demandeur : _____ Numéro de téléphone _____

Adresse : _____

**Situation Actuelle:**

Le demandeur se trouve-t-il actuellement dans un hôpital/Traitement Intensif Communautaire (CBAT en anglais) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date prévue pour la fin d'hospitalisation: _____
---	------------------------------	------------------------------	--

➤ Si oui, où? _____

Le demandeur est-il sans-abri en ce moment?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
--	------------------------------	------------------------------	--

➤ Si oui, l'organisme impliqué, s'il y en a un _____

Le demandeur est-il en prison en ce moment?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date prévue de libération: _____
--	------------------------------	------------------------------	----------------------------------

➤ Si oui, où? _____

Le demandeur est-il en probation/ (Enfant qui a besoin d'assistance (Child Requiring Assistance, CRA en anglais))?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
---	------------------------------	------------------------------	--

➤ Si oui, nom de l'agent de probation: _____

Si le demandeur est un parent ou un beau-parent, y a-t-il des enfants qui vivent avec vous? Oui Non Pas valable

Le demandeur est-il impliqué en ce moment avec un autre organisme d'Etat ou fédéral (*par exemple, VA*) Oui Non Inconnu

Si oui, quel organisme? *Cochez tout ce qui est valable*

DCF DDS EOEa DPH DYS MRC MCDHH MCB VA

Contact de l'autre organisme _____ Numéro de téléphone _____

Veillez joindre une communication de renseignements (Nom) (Prénom)

Autre contact de l'organisme _____ Numéro de téléphone _____

Veillez joindre une communication de renseignements (Nom) (Prénom)

Renseignements sur la tutelle (le cas échéant):

Le demandeur a-t-il un tuteur légal désigné par le tribunal? Oui Non

• Si oui, le type de tutelle: _____

Existe-t-il en place une tutelle DCF de type Mittimus? Oui Non Inconnu

• Si oui, quel type? _____

Informations importantes: *Si le demandeur a un tuteur désigné par le tribunal, veuillez soumettre une copie de l'ordonnance de tutelle avec cette demande. Le tuteur légal (parent ou désigné par le tribunal) doit signer la demande et toutes les autorisations de communication de renseignements pour que la demande soit traitée.*

Nom du tuteur légal _____ Lien _____
(Nom) (Prénom) (Lien avec le demandeur)

Adresse du tuteur _____
(Numéro et rue) (Numéro de l'appartement) (Ville) (Etat) (Code postal)

Comment pouvons-nous contacter le tuteur? (*Veillez cocher tout ce qui s'applique ci-dessous, et donner le numéro de téléphone et l'adresse email*)

<input type="checkbox"/> Jour/Téléphone () _____	Pouvons-nous laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Téléphone de soir () _____	Pouvons-nous laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Téléphone cellulaire () _____	Pouvons-nous laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Adresse e-mail _____	Pouvons-nous laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Sources de revenu

Emploi SSI Sécurité sociale Famille SSDI
 Pas de source de revenu Aide d'urgence Autre (Veillez préciser:) _____

**Renseignements sur l'Éducation/l'École/l'Université**Le demandeur est-il à l'école en ce moment? Oui Non Inconnu

- Si oui, école et localité/ville _____

Qui est l'Organisme Éducatif Local en charge (Local Educational Agency, LEA en anglais) _____

Le demandeur a-t-il un *Plan Éducatif Personnalisé* (Individualized Education Plan, IEP en anglais)? Oui Non Inconnu

Si oui, quel type de service éducatif spécialisé, le demandeur reçoit-il? Veuillez cocher tout ce qui est valable.)

 Résidentiel Jour Inconnu Autre (*Veillez préciser*): _____Est-ce une recommandation 668? Oui Non InconnuLe demandeur a-t-il un plan d'adaptation 504? Oui Non Inconnu**Assurance Santé:**Couverture actuelle (*Cochez tout ce qui est valable*): **Medicare:** Numéro de Police: _____ **Medicaid/MassHealth:** Numéro de Police: _____

Type: _____

Souscripteur: _____

➤ Le demandeur est-il en ce moment inscrit dans le programme **Initiative de Santé** Oui Non**Comportementale pour Enfants (Children's Behavioral Health Initiative, CBHI)***Si oui, veuillez préciser les prestations que la personne est en train de recevoir et l'organisme de prestations communautaires (Community Service Agency, CSA en anglais) ci-dessous.*

- Nom de l'organisme de prestations communautaires (Community Service Agency, CSA en anglais): _____

- Les prestations du CBHI que le demandeur est en train de recevoir en ce moment: _____

➤ Le demandeur est-il en ce moment inscrit dans une Organisation Pour Des Oui Non**Soins Transparents (Accountable Care Organization, ACO)***Si oui, veuillez préciser le nom et les coordonnées du contact ci-dessous.*➤ Le demandeur est-il inscrit dans un programme de **Partenaire Communautaire** Oui Non**pour la Santé Comportementale** (Behavioral Health Community Partner, BHCP en anglais)*Si oui, veuillez préciser le nom et les coordonnées du contact ci-dessous.* **One Care**

Plan: _____

 Numéro de Police **commerciale/privée:** _____

Compagnie d'assurance: _____

Souscripteur: _____

 Pas d'assurance santéUne demande d'assurance santé est-elle en attente? Oui Non

Si oui, veuillez préciser l'assurance: _____

**Principal Prestataire de Soins de Santé mentale:**

Veillez indiquer qui dispense au demandeur des soins de santé mentale de façon régulière. S'il n'existe pas de source de soins de santé mentale régulière, utilisez cette section pour indiquer la plus récente source de soins de santé mentale.

Principal prestataire de soins de santé mentale : _____
(Nom) (Prénom)

Prestataire actuel? Oui Non

Nom de l'organisme: _____

Adresse: _____
(Numéro et rue) (Numéro de l'appartement) (Ville) (Etat) (Code postal)

Numéro de téléphone: _____ Poste: _____

Renseignements sur le diagnostic:

Le demandeur a-t-il un diagnostic psychiatrique actuel? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez présenter la liste de tous les diagnostics connus:

Autres soutiens

Nom	Lien <i>(par exemple, famille, thérapeute, clergé, etc)</i>	Adresse	Téléphone	Communications de renseignements jointes? (Oui/ NOn)



Santé Physique Générale:

Veillez indiquer qui dispense les soins médicaux réguliers au demandeur. S'il n'existe pas de source régulière de soins médicaux, utilisez cette section pour préciser la source la plus récente de soins médicaux.

Prestataire **de soins médicaux** primaires : _____ Prestataire actuel? Oui Non

Nom de l'organisme.: _____

Adresse du prestataire: _____

Numéro de téléphone du prestataire: _____

Existe-t-il des problèmes médicaux qui nécessitent des soins continus? Oui Non Inconnu

A-t-on déjà réalisé un diagnostic d'un problème neurologique? Oui Non Inconnu

Si "oui," veuillez décrire tous les problèmes médicaux ou neurologiques actuels:

Médicaments

Le demandeur prend-il des médicaments en ce moment? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez donner la liste des **médicaments**, leur **dosage** et le **prescripteur**:

Pourquoi le demandeur présente-t-il cette demande de prestations?

Quels types de prestations sont nécessaires?

**DÉCISION D'AUTORISATION DE PRESTATIONS AUPRÈS DU DMH**

- Je demande au Département de la santé mentale de prendre une décision d'autorisation de prestations auprès du DMH. J'ai joint à cette demande, si nécessaire, les formulaires d'autorisation de communications de renseignements dûment signés. Je comprends que le DMH va recevoir et analyser mes dossiers médicaux dans le cadre du processus de décision. Je comprends que mon nom et mes renseignements seront conservés dans le système de tenue de dossiers du DMH.
- Le DMH peut demander une rencontre personnelle avec moi ou une évaluation clinique au cas où les dossiers cliniques disponibles ne seraient pas suffisants pour prendre une décision.
- Il me sera nécessaire de révéler des informations au sujet de mon revenu et de mon assurance, et je pourrais être tenu de payer pour les prestations selon ma capacité de payer.
- Je comprends que je peux contester la décision du DMH quand il a été décidé que le demandeur ne sera pas approuvé pour les prestations parce qu'ils ne répondent pas aux critères pour les prestations auprès du DMH.
- J'ai reçu une copie de l'avis relatif aux pratiques de protection des données personnelles (joint à cette demande de prestations).
- Je donne mon autorisation au DMH de communiquer au sujet de ma demande de prestations auprès du DMH avec les personnes identifiées ci-dessous qui ont aidé à préparer cette demande. Cette autorisation est valide jusqu'à ce que la demande soit traitée de façon intégrale ou que j'envoie un avis de retrait écrit au DMH.

Signer

Signature du demandeur ou du tuteur légal de la personne

Nom du Demandeur (Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Date Signé

- Signé par: Parent Tuteur légal Le demandeur si c'est un adulte ou un mineur émancipé
- Documents de Tutelle ou de Mittimus DCF joints? Oui Non Inconnu

LA PERSONNE AIDANT LE DEMANDEUR

Cette section doit être remplie par le prestataire ou autre personne qui aide le demandeur à remplir cette demande.

Nom _____ (Nom) _____ (Prénom) _____ Lien _____ (Lien avec le demandeur)

Nom de l'organisme: _____

Adresse: _____ (Numéro et rue) _____ (Numéro de l'appartement) _____ (Ville) _____ (Etat) _____ (Code Postal)

Numéro de Téléphone _____ Jour Soir Cellulaire**PROGRAMME OU ÉTABLISSEMENT QUI SOUMET LA DEMANDE AU NOM DU DEMANDEUR**

Cette section doit être remplie par le programme ou l'établissement qui soumet la demande au nom du demandeur.

Nom du programme ou établissement

Nom du demandeur

- Le demandeur/tuteur a été informé en la date du _____ qu'une demande avait été soumise en leur nom et ils n'y étaient pas opposés.
- Le demandeur n'a pas de capacité et une demande de mise sous tutelle a été déposée au tribunal approprié (une copie de la demande est jointe)

Signer

Signature et titre de la personne qui soumet la demande

Nom en caractères d'imprimerie de la personne qui soumet la demande)

POUR SOUMETTRE LES FORMULAIRES DE COMMUNICATION DE DONNÉES MÉDICALESDans le cadre du processus de décision sur la demande des services du DMH, le DMH va évaluer tous les dossiers de soins de santé mentale disponibles que le demandeur a reçus. **Veuillez soumettre des formulaires d'autorisation de communications de renseignements dûment signés avec cette demande.**

1. Veuillez soumettre un **formulaire d'autorisation de communication de renseignements** dûment signé pour **chaque prestataire** de soins de santé mentale. Si les soins de santé mentale sont dispensés à travers une clinique, veuillez identifier le principal prestataire de soins dans cette clinique. Faire des copies supplémentaires de ce formulaire si nécessaire.
2. De plus, veuillez **soumettre un formulaire d'autorisation de communications de renseignements pour toutes les autres informations cliniques que le demandeur voudraient être considérées dans le cadre de cette décision.** Faire des copies supplémentaires de ce formulaire si c'est nécessaire.
3. Veuillez **vérifier l'exactitude** du nom, de l'adresse et du numéro de téléphone du prestataire sur chaque formulaire de communication. Des noms, adresses et numéros de téléphone corrects permettent d'accélérer le processus d'évaluation.
4. Veuillez parapher et signer tous les endroits sur la communication de renseignements (y compris la section sur la communications de renseignements autorisées à titre spécial)

Combien de formulaires d'autorisation de communications de renseignements sont soumis avec cette deman? Le DMH va également analyser tous les dossiers médicaux que le demandeur ou ceux qui aident le demandeur peuvent avoir dans leur possession et souhaitent soumettre pour être considérés.

5. Veuillez remplir et signer un formulaire d'autorisation de communications de renseignements pour chaque dossier médical qui est joint à cette demande au cas où les employés du DMH auraient besoin de préciser les données contenues dans le dossier.
6. Les copies des dossiers médicaux ne vous seront pas retournées, donc veuillez ne pas envoyer les exemplaires originaux.

Combien de copies de rapports médicaux sont jointes à cette demande?

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens****1. Patient/Demandeur - Données**

Prénom et nom: _____ Autres noms: _____

Rue: _____ No: _____

Ville/Commune: _____ Etat: _____ Code Postal: _____

N° de Sécurité Sociale: _____ Date de Naissance: _____

Téléphone: _____

2. Autorisation de Communication: J'autorise le Service de Santé (DMH) à recevoir et à communiquer des renseignements, y inclus des communications confidentielles, soit à l'intention de / soit de la part de la Personne, l'Agence ou l'Institution nommée ci-dessous, par voix ou par écrit.

Personne, Agence ou Institution (c'est à dire nom et adresse de l'hospital, du praticien de traitement ambulatoire, du programme résidentiel, etc.)

Nom: _____

A l'attention de: _____

Rue: _____

Ville/Commune: _____

Etat/Code Postal: _____

Téléphone: _____

Télécopie: _____

DMH Bureau d'Autorisation de Service

3. Cocher pour indiquer les renseignements que vous désirez faire part: (cocher chaque catégorie qui s'applique)

Diagnostique et Traitement fournis par un Psychiatre; Psychologue; Infirmière Clinicienne Spécialiste en Santé Mentale; Aide Psychologique par Assistante Sociale Autorisée; tous autres Fournisseurs de Santé Mentale Autorisés.

Le Dossier de Santé Mentale en entier, sans les Observations de Psychothérapie qui requièrent une eautorisation à part

 Résumé de décharge Planification de Traitement

Programmes de service (ISPs) et D'Action (IAPs) Individuels

Analyse Neuropsychiatrique

 Sommaire de Transfert Documents d'admission Examen physique Analyses de laboratoire

Autres (préciser s'il vous plaît) / renseignements supplémentaires: _____

4. Dates des renseignements que vous désirez permettre de communiquer: (Préciser les dates ou choisir une période de 3 ans en cochant la case)

Dates des renseignements demandés: A partir de: _____ Jusqu'à: _____

OU Pour la période de trois ans avant la date de cette autorisation.

**Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens**

Nom du Patient/Demandeur: _____

5. Cocher s'il vous plaît pour indiquer que vous permettez la communication des renseignements suivants s'ils sont compris dans votre dossier: (cocher tout ce qui s'applique)

Résultats d'examen VIH (Autorisation requise pour chaque demande de communication).

Dossiers d'Abus d'Alcool ou de Drogue protégés par les règles 42 CFR Partie 2 Les Lois Fédérales empêchent toute communication de ces renseignements si leur Communication n'est pas expressément permise par autorisation écrite de la Personne concernée ou comme autrement permis par 42 CFR Partie 2.

But de la Communication: Autorisation de service.

Je comprends que:

- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment.
- Pour révoquer cette autorisation, je dois le faire par écrit et le présenter au DMH à l'adresse du DMH indiquée en première page ou au bureau du DMH près de chez moi. (Trouver les bureaux locaux du DMH à www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; téléphonez au 1-800-221-0053; ou par courriel à dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La révocation ne s'appliquera pas aux renseignements préalablement communiqués sous cette autorisation.
- La révocation ne s'appliquera pas à ma compagnie d'assurances quand la loi prévoit pour mon assureur le droit de contester une demande sous mon contrat.
- Quand les renseignements sont communiqués, le receveur a le droit de les communiquer lui aussi et les renseignements ne sont pas garantis d'être protégés par les lois et règlements de confidentialité du gouvernement fédéral ou des états.
- L'autorisation de communiquer les renseignements identifiés ci-dessus est à volonté.
- Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir les traitements ou services rendus par le Service de Santé (DMH) ou par l'autre personne, institution ou agence citée; néanmoins, le manque de pouvoir partager ou obtenir des renseignements peut empêcher le DMH ou toute autre personne, institution ou agence nommée de fournir les soins appropriés et nécessaires.

Cette autorisation prendra fin (préciser une date, période ou évènement) _____ ou, si rien n'est précisé, se terminera à la date la plus lointaine: (i) un an après la date de signature; ou (ii) si cela s'applique, lorsque je ne recevrais plus les services du DMH.

6. Signature / Autorisation: Signer et donner les renseignements requis ci-dessous.

X _____
 Votre signature ou celle de votre Représentant Personnel Date

 Ecrire en caractères d'imprimerie le nom du signataire

Renseignements requis si la signature est celle d'un représentant personnel:

De quelle autorité (par ex. commis d'office à la cour, parent ayant la garde): _____

Si commis d'office par la cour, fournir une copie de la décision judiciaire.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens****1. Patient/Demandeur - Données**

Prénom et nom: _____ Autres noms: _____
 Rue: _____ No: _____
 Ville/Commune: _____ Etat: _____ Code Postal: _____
 N° de Sécurité Sociale: _____ Date de Naissance: _____
 Téléphone: _____

2. Autorisation de Communication: J'autorise le Service de Santé (DMH) à recevoir et à communiquer des renseignements, y inclus des communications confidentielles, soit à l'intention de / soit de la part de la Personne, l'Agence ou l'Institution nommée ci-dessous, par voix ou par écrit.

Personne, Agence ou Institution (c'est à dire nom et adresse de l'hôpital, du praticien de traitement ambulatoire, du programme résidentiel, etc.)

Nom: _____

A l'attention de: _____

Rue: _____

Ville/Commune: _____

Etat/Code Postal: _____

Téléphone: _____

Télécopie: _____

DMH Bureau d'Autorisation de Service

3. Cocher pour indiquer les renseignements que vous désirez faire part: (cocher chaque catégorie qui s'applique)

Diagnostique et Traitement fournis par un Psychiatre; Psychologue; Infirmière Clinicienne Spécialiste en Santé Mentale; Aide Psychologique par Assistante Sociale Autorisée; tous autres Fournisseurs de Santé Mentale Autorisés.

Le Dossier de Santé Mentale en entier, *sans les Observations de Psychothérapie qui requièrent un eautorisation à part*

Résumé de décharge

Planification de Traitement

Programmes de service (ISPs) et D'Action (IAPs) Individuels

Analyse Neuropsychiatrique

Sommaire de Transfert

Documents d'admission

Examen physique

Analyses de laboratoire

Autres (préciser s'il vous plaît) / renseignements supplémentaires: _____

4. Dates des renseignements que vous désirez permettre de communiquer: (Préciser les dates ou choisir une période de 3 ans en cochant la case)

Dates des renseignements demandés: A partir de: _____ Jusqu'à: _____

OU Pour la période de trois ans avant la date de cette autorisation.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens**

Nom du Patient/Demandeur: _____

5. Cocher s'il vous plaît pour indiquer que vous permettez la communication des renseignements suivants s'ils sont compris dans votre dossier: (cocher tout ce qui s'applique) Résultats d'examen VIH (Autorisation requise pour chaque demande de communication). Dossiers d'Abus d'Alcool ou de Drogue protégés par les règles 42 CFR Partie 2 Les Lois Fédérales empêchent toute communication de ces renseignements si leur Communication n'est pas expressément permise par autorisation écrite de la Personne concernée ou comme autrement permis par 42 CFR Partie 2.**But de la Communication:** Autorisation de service.

Je comprends que:

- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment.
- Pour révoquer cette autorisation, je dois le faire par écrit et le présenter au DMH à l'adresse du DMH indiquée en première page ou au bureau du DMH près de chez moi. (Trouver les bureaux locaux du DMH à www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; téléphonez au 1-800-221-0053; ou par courriel à dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La révocation ne s'appliquera pas aux renseignements préalablement communiqués sous cette autorisation.
- La révocation ne s'appliquera pas à ma compagnie d'assurances quand la loi prévoit pour mon assureur le droit de contester une demande sous mon contrat.
- Quand les renseignements sont communiqués, le receveur a le droit de les communiquer lui aussi et les renseignements ne sont pas garantis d'être protégés par les lois et règlements de confidentialité du gouvernement fédéral ou des états.
- L'autorisation de communiquer les renseignements identifiés ci-dessus est à volonté.
- Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir les traitements ou services rendus par le Service de Santé (DMH) ou par l'autre personne, institution ou agence citée; néanmoins, le manque de pouvoir partager ou obtenir des renseignements peut empêcher le DMH ou toute autre personne, institution ou agence nommée de fournir les soins appropriés et nécessaires.

Cette autorisation prendra fin (préciser une date, période ou évènement) _____ ou, si rien n'est précisé, se terminera à la date la plus lointaine: (i) un an après la date de signature; ou (ii) si cela s'applique, lorsque je ne recevrais plus les services du DMH.

6. Signature / Autorisation: Signer et donner les renseignements requis ci-dessous.

X _____
 Votre signature ou celle de votre Représentant Personnel Date

 Ecrire en caractères d'imprimerie le nom du signataire

Renseignements requis si la signature est celle d'un représentant personnel:

De quelle autorité (par ex. commis d'office à la cour, parent ayant la garde): _____

Si commis d'office par la cour, fournir une copie de la décision judiciaire.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens****1. Patient/Demandeur - Données**

Prénom et nom: _____ Autres noms: _____
 Rue: _____ No: _____
 Ville/Commune: _____ Etat: _____ Code Postal: _____
 N° de Sécurité Sociale: _____ Date de Naissance: _____
 Téléphone: _____

2. Autorisation de Communication: J'autorise le Service de Santé (DMH) à recevoir et à communiquer des renseignements, y inclus des communications confidentielles, soit à l'intention de / soit de la part de la Personne, l'Agence ou l'Institution nommée ci-dessous, par voix ou par écrit.

Personne, Agence ou Institution (c'est à dire nom et adresse de l'hôpital, du praticien de traitement ambulatoire, du programme résidentiel, etc.)

Nom: _____

A l'attention de: _____

Rue: _____

Ville/Commune: _____

Etat/Code Postal: _____

Téléphone: _____

Télécopie: _____

DMH Bureau d'Autorisation de Service

3. Cocher pour indiquer les renseignements que vous désirez faire part: (cocher chaque catégorie qui s'applique)

Diagnostique et Traitement fournis par un Psychiatre; Psychologue; Infirmière Clinicienne Spécialiste en Santé Mentale; Aide Psychologique par Assistante Sociale Autorisée; tous autres Fournisseurs de Santé Mentale Autorisés.

Le Dossier de Santé Mentale en entier, sans les Observations de Psychothérapie qui requièrent un eautorisation à part

Résumé de décharge

Planification de Traitement

Programmes de service (ISPs) et D'Action (IAPs) Individuels

Analyse Neuropsychiatrique

Sommaire de Transfert

Documents d'admission

Examen physique

Analyses de laboratoire

Autres (préciser s'il vous plaît) / renseignements supplémentaires: _____

4. Dates des renseignements que vous désirez permettre de communiquer: (Préciser les dates ou choisir une période de 3 ans en cochant la case)

Dates des renseignements demandés: A partir de: _____ Jusqu'à: _____

OU Pour la période de trois ans avant la date de cette autorisation.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens**

Nom du Patient/Demandeur: _____

5. Cocher s'il vous plaît pour indiquer que vous permettez la communication des renseignements suivants s'ils sont compris dans votre dossier: (cocher tout ce qui s'applique) Résultats d'examen VIH (Autorisation requise pour chaque demande de communication). Dossiers d'Abus d'Alcool ou de Drogue protégés par les règles 42 CFR Partie 2 Les Lois Fédérales empêchent toute communication de ces renseignements si leur Communication n'est pas expressément permise par autorisation écrite de la Personne concernée ou comme autrement permis par 42 CFR Partie 2.**But de la Communication:** Autorisation de service.

Je comprends que:

- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment.
- Pour révoquer cette autorisation, je dois le faire par écrit et le présenter au DMH à l'adresse du DMH indiquée en première page ou au bureau du DMH près de chez moi. (Trouver les bureaux locaux du DMH à www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; téléphonez au 1-800-221-0053; ou par courriel à dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La révocation ne s'appliquera pas aux renseignements préalablement communiqués sous cette autorisation.
- La révocation ne s'appliquera pas à ma compagnie d'assurances quand la loi prévoit pour mon assureur le droit de contester une demande sous mon contrat.
- Quand les renseignements sont communiqués, le receveur a le droit de les communiquer lui aussi et les renseignements ne sont pas garantis d'être protégés par les lois et règlements de confidentialité du gouvernement fédéral ou des états.
- L'autorisation de communiquer les renseignements identifiés ci-dessus est à volonté.
- Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir les traitements ou services rendus par le Service de Santé (DMH) ou par l'autre personne, institution ou agence citée; néanmoins, le manque de pouvoir partager ou obtenir des renseignements peut empêcher le DMH ou toute autre personne, institution ou agence nommée de fournir les soins appropriés et nécessaires.

Cette autorisation prendra fin (préciser une date, période ou évènement) _____ ou, si rien n'est précisé, se terminera à la date la plus lointaine: (i) un an après la date de signature; ou (ii) si cela s'applique, lorsque je ne recevrais plus les services du DMH.

6. Signature / Autorisation: Signer et donner les renseignements requis ci-dessous.

X _____
 Votre signature ou celle de votre Représentant Personnel Date

Ecrire en caractères d'imprimerie le nom du signataire

Renseignements requis si la signature est celle d'un représentant personnel:

De quelle autorité (par ex. commis d'office à la cour, parent ayant la garde): _____

Si commis d'office par la cour, fournir une copie de la décision judiciaire.



COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
RICHESSSE COMMUNE DU MASSACHUSETTS
MINISTÈRE DE LA SANTÉ MENTALE

AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ

**CET AVIS DÉCRIT COMMENT VOS INFORMATIONS MÉDICALES
PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET
COMMENT VOUS POUVEZ ACCÉDER À CES INFORMATIONS
VEUILLEZ LE LIRE AVEC ATTENTION**

Date d'effet de l'avis : 15 mai 2018

CONFIDENTIALITÉ

Les lois d'état et fédérales exigent du Département de santé mentale (DMH) de maintenir la confidentialité et la sécurité de vos données protégées de santé (PHI). Les données protégées de santé (PHI) comprennent toute information identifiable sur votre santé physique ou mentale, les soins de santé que vous recevez et le paiement de vos soins de santé. Des informations sur les soins que vous recevez d'autres prestataires peuvent aussi être incluses dans vos données protégées de santé (PHI).

La loi exige du DMH de vous fournir cet avis pour vous dire comment il peut utiliser et divulguer vos données protégées de santé (PHI) et pour vous informer de vos droits en matière de protection de la vie privée. Le DMH doit suivre les pratiques de confidentialité conformément à son Avis le plus récent en matière de pratiques de confidentialité.

Modifications de cet avis

Le DMH peut modifier à tout moment ses pratiques en matière de confidentialité et les conditions énoncées dans cet avis. Les modifications s'appliqueront aux données protégées de santé (PHI) déjà en possession du DMH ainsi qu'aux données protégées de santé (PHI) que le DMH recevra dans l'avenir. L'avis de confidentialité le plus récent sera affiché dans les centres et programmes du DMH, sur le site web du DMH (www.state.ma.us/dmh), et sera disponible sur demande. Chaque avis de confidentialité sera daté.

Comment le DMH peut utiliser et divulguer vos données protégées de santé (PHI)

Le DMH peut utiliser vos données protégées de santé (PHI) au sein de l'organisme DMH et les divulguer hors de l'organisme sans votre autorisation, dans les buts suivants :

- 1. Pour un traitement** — Le DMH peut utiliser/divulguer vos données protégées de santé (PHI) à des médecins, infirmiers, internes ou étudiants et à d'autres prestataires de soins de santé, impliqués dans la fourniture de vos soins de santé et de services liés. Vos données protégées de santé (PHI) seront utilisées pour aider à élaborer votre traitement ou plan de service et pour effectuer des revues et évaluations périodiques. Les données protégées de santé (PHI) peuvent être divulguées à d'autres professionnels et prestataires de soins de santé pour obtenir des prescriptions, des travaux de laboratoire, des consultations et autres éléments nécessaires pour vos soins. Les données protégées de santé (PHI) seront divulguées à des professionnels de soins de santé dans des buts d'orientation vers des services et ensuite pour coordonner et fournir les services que vous devez recevoir.
- 2. Pour des paiements** — Le DMH peut utiliser/divulguer vos données protégées de santé (PHI) pour facturer et encaisser les paiements pour vos services de soins de santé. Le DMH peut divulguer des parties de vos données protégées de santé (PHI) au programme Medicaid ou Medicare ou à un fournisseur externe de services de paiement pour déterminer s'ils effectueront le paiement, obtenir une approbation à l'avance, et pour appuyer toute réclamation ou facture.
- 3. Pour les activités en soins de santé** — Le DMH peut utiliser/divulguer vos données protégées de santé (PHI) pour des actions de soutien comme la planification de programme, les activités administratives et de gestion, l'assurance qualité, la réception et la réponse aux plaintes, les programmes d'observation (ex. Medicare), les audits, la formation et l'accréditation de professionnels de soins de santé, et la certification et l'agrément (ex. la Commission mixte).
- 4. Pour les rappels de rendez-vous** — Le DMH peut utiliser/divulguer vos données protégées de santé (PHI) pour vous rappeler un rendez-vous ou des instructions pour des soins de suivi ou pour vous fournir des informations d'autres méthodes de traitement ou d'autres avantages liés à la santé et aux services pouvant vous intéresser.

5. Partenaires en activité — Le DMH peut utiliser/divulguer les données protégées de santé (PHI) à des sous-traitants, agents et autres partenaires en activité ayant besoin d'informations pour aider le DMH à obtenir paiement ou à réaliser ses activités opérationnelles. Si le DMH divulgue vos données protégées de santé (PHI) à un partenaire en activités, le DMH devra avoir un contrat avec ce partenaire en activités pour assurer qu'il protège aussi vos données protégées de santé (PHI).

6. Famille et amis/Clergé — Le DMH peut divulguer une quantité limitée de vos données protégées de santé (PHI) dans les buts suivants:

- **Au clergé** — Si vous acceptez oralement ou autrement, votre appartenance religieuse peut être divulguée au clergé.
- **À la famille, aux amis ou aux autres** — Si vous acceptez ou si vous n'objectez pas, vos données protégées de santé (PHI) peuvent être divulguées aux personnes impliquées dans vos soins ou dans le paiement de vos soins, si elles sont directement liées à leur implication dans vos soins ou dans le paiement de vos soins.

7. Exigées par la loi — Le DMH peut utiliser/divulguer les données protégées de santé (PHI), comme exigé par la loi, comme déclarer un délit commis en ses locaux ; en vertu d'une décision judiciaire ; pour déclarer une maltraitance ou négligence d'enfant, et dans d'autres situations où il est exigé du DMH de faire un rapport ou de divulguer les données protégées de santé (PHI) en vertu d'une loi ou d'un règlement.

8. Poursuites et litiges — Si vous introduisez une action en justice ou une autre procédure contre le DMH ou nos employés ou agents, nous pouvons utiliser et divulguer vos données protégées de santé (PHI) pour nous défendre.

9. Autres buts — Le DMH peut utiliser/divulguer vos données protégées de santé (PHI) :

- Pour des procédures de tutelle ou d'internement quand le DMH est partie ;
- Pour d'autres procédures judiciaires et administratives si certains critères sont satisfaits ;
- Aux autorités de santé publique devant recevoir des rapports de maltraitance ou de négligence ;
- Dans des buts de recherche, après un examen interne strict ;
- Pour éviter une menace imminente grave à la santé ou à la sécurité ;
- À des personnes impliquées dans vos soins en une situation d'urgence, si certains critères sont satisfaits ;
- Aux établissements correctionnels si vous êtes un détenu ou si vous êtes détenu par un agent de police, nous pouvons divulguer vos données protégées de santé (PHI) à des agents pénitentiaires ou à des agents de police si nécessaire pour vous fournir des soins de santé, ou pour maintenir la sûreté et la sécurité et le bon ordre à l'endroit où vous êtes enfermé ;
- À des agents autorisés de santé publique pour des activités de santé publique comme le dépistage des maladies et déclarer des statistiques d'état civil ;
- À des agences gouvernementales autorisées à effectuer des audits, enquêtes et inspection de notre établissement. Ces agences gouvernementales surveillent les opérations du système de soins de santé, des programmes de prestations du gouvernement comme Medicare et Medicaid et la conformité avec les programmes de réglementation et les lois sur les droits civils ;
- Pour les demandes d'indemnisation des employés ;
- Pour certaines fonctions gouvernementales spécialisées, si certains critères sont satisfaits ; et
- Dans le cas fâcheux de votre décès, nous pouvons divulguer vos données protégées de santé (PHI) aux coroners, médecins légistes, directeurs funéraires et certains organismes de collecte d'organes et de tissus.

Utilisations/divulgations nécessitant une autorisation écrite

Il est exigé du DMH d'avoir votre autorisation écrite, ou celle de votre représentant personnel légalement autorisé, pour des utilisations/divulgations au-delà du traitement, du paiement et des opérations de soins de santé, sauf si une exception listée ci-dessus s'applique. Vous pouvez annuler l'autorisation à n'importe quel moment, si vous le faites par écrit. Une annulation arrêtera toutes les utilisations/divulgations futures sauf dans la mesure où le DMH a déjà agi selon votre autorisation.

Une autorisation est exigée pour la plupart des utilisations et divulgations de notes de psychothérapie (notes que certains professionnels intervenant en santé comportementale utilisent pour noter vos rendez-vous avec eux et qui ne sont pas incluses dans votre dossier médical), certaines informations sur les troubles de consommation de drogue, le dépistage du VIH ou les résultats du dépistage, et certaines informations génétiques, même si la divulgation est faite pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé, comme décrit ci-dessus.

Quoique les types suivants d'utilisations/divulgations ne soient pas envisagés par le DMH, il nous faut vous informer que toute utilisation ou divulgation de vos données protégées de santé (PHI) impliquant une rémunération financière du DMH nécessiteront une autorisation. De même, pour vendre des données protégées de santé le DMH doit obtenir une autorisation. Le DMH n'utilisera pas ou ne divulguera pas vos données protégées de santé dans des buts de collecte de fonds.

Vos droits concernant vos données protégées de santé (PHI)

Vous, ou votre représentant personnel légalement autorisé avez le droit de:

- Demander que le DMH utilise une adresse ou un numéro de téléphone particulier pour vous contacter. Le DMH essaiera de satisfaire toutes les demandes raisonnables.
- Obtenir, sur demande, une copie papier de cet avis ou de toute révision de cet avis, même si vous avez accepté de la recevoir par voie électronique.
- Inspecter et demander une copie des données protégées de santé (PHI) utilisées pour prendre des décisions au sujet de vos soins. Quand les dossiers sont enregistrés de façon électronique, vous pouvez demander une copie électronique. L'accès à votre dossier peut être limité dans quelques cas. Si le DMH refuse votre demande, en tout ou en partie, vous pouvez demander un réexamen de ce refus. Des frais peuvent être facturés pour les copies et les courriers. Normalement, le DMH répondra à votre demande dans les 30 jours. Si un délai supplémentaire est nécessaire pour répondre, le DMH vous en avisera dans les 30 jours pour expliquer la/les raison(s) du délai et pour indiquer quand vous pouvez attendre une réponse définitive à votre demande. **Cette demande doit être faite par écrit.**
- Demander des additions ou des corrections à données protégées de santé (PHI). Il n'est pas exigé du DMH d'accepter une telle demande. S'il n'accepte pas votre demande, le DMH vous dira pourquoi par écrit, dans les 60 jours et vous informe de vos droits particuliers dans ce cas. Si un délai supplémentaire est nécessaire pour répondre, le DMH vous en avisera dans les 60 jours pour expliquer la/les raison(s) du délai et pour indiquer quand vous pouvez attendre une réponse définitive à votre demande. **Cette demande doit être faite par écrit.**
- Demander une comptabilité des divulgations (des jusqu'à six dernières années) qui identifieront, selon les lois applicables, certaines autres personnes ou organismes à qui le DMH a divulgué vos données protégées de santé (PHI) et pourquoi. Une comptabilité ne comprendra pas les divulgations : (1) faites à vous, ou à votre représentant personnel ; (2) autorisées ou approuvées par vous ; (3) faites pour traitement, paiement et opérations de soins de santé ; et (4) certaines ayant été exigées par la loi ; Normalement le DMH répondra à votre demande dans les 60 jours. Si un délai supplémentaire est nécessaire pour répondre, le DMH vous en avisera dans les 60 jours pour expliquer la/les raison(s) du délai et pour indiquer quand vous pouvez attendre une réponse définitive à votre demande. **Cette demande doit être faite par écrit.**
- Demander une limitation à comment le DMH utilise ou divulgue vos données protégées de santé (PHI). Il n'est pas exigé du DMH d'accepter une telle limitation, avec l'exception que si vous, ou quelqu'un de votre part, payez totalement de votre poche pour un élément de soins de santé, le DMH acceptera de ne pas divulguer les données protégées de santé (PHI) se rapportant uniquement à ce service ou élément avec votre plan de santé pour un paiement ou une opération de soins de santé, à moins qu'il ne soit autrement exigé du DMH par la loi de divulguer ces données protégées de santé (PHI). **Cette demande doit être faite par écrit.**

Les demandes ci-dessus peuvent être faites ou soumises à tout centre ou bureau du DMH.

Conservation des dossiers

Vos dossiers personnels seront conservés au moins 20 ans à, partir de la dernière date de réception de services dans un centre du DMH pour patients hospitalisés ou de services communautaires exploités par le DMH. Après cette période, vos dossiers peuvent être détruits.

Fuite de données protégées de santé (PHI)

Le DMH vous avisera en cas de fuite de vos données protégées non sécurisées de santé (PHI).

Plaintes

Si vous croyez que votre vie privée ou vos droits en matière de protection de la vie privée sont enfreints, ou si vous voulez soumettre une plainte, vous pouvez contacter l'agent pour la confidentialité : DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, Adresse courriel : DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, téléphone : (617) -626-8160 fax : 617-626-8242. Une plainte doit être soumise par écrit.

Vous pouvez aussi soumettre une plainte au secrétaire à la Santé et aux Services à la personne : [Health and Human Services, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203.

Personne ne peut effectuer des représailles contre vous pour avoir soumis une plainte ou pour avoir exercé vos droits comme décrit dans cet avis.

Contact pour les questions de confidentialité

Si vous voulez obtenir davantage d'informations sur les pratiques du DMH en matière de confidentialité, ou si vous voulez exercer vos droits, vous pouvez contacter l'agent pour la confidentialité : [DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114], Adresse courriel : DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, téléphone : (617) - 626-8160 fax : 617-626-8131. Une plainte doit être soumise par écrit.

Vous pouvez aussi contacter les dossiers médicaux d'un centre du DMH (pour les dossiers de ce centre), un directeur de programme du DMH (pour les dossiers de ce programme), votre bureau de site (pour les dossiers de gestion de cas), ou le responsable pour les droits de l'homme à votre centre ou programme, pour plus d'informations ou d'assistance.

Coordonnées de contact du DMH

Si vous voulez obtenir d'autres informations (non liées à la confidentialité) sur le DMH et ses services, vous pouvez contacter : DMH Information, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, adresse courriel : dmhinfo@state.ma.us, téléphone : (800) -221-0053 fax : (617) 626-8131

Vous pouvez aussi contacter votre directeur de programme du DMH, votre bureau de site ou le responsable pour les droits de l'homme à votre centre ou programme pour plus d'informations ou assistance.