

**Миссия DMH:**

Департамент Охраны Психического Здоровья (DMH) стремится содействовать независимости и восстановлению, предоставляя услуги и поддержку детям, молодёжи и семьям с серьёзными эмоциональными расстройствами и взрослым людям с серьёзными и постоянными психическими заболеваниями.

Как запросить услуги DMH:

Лица, которые обращаются за помощью в службу охраны психического здоровья через DMH, должны предоставить следующие формы. Крайне важно, чтобы в каждой форме были подписи и указывались даты:

- ☐ *Аппликацию на Запрос о Предоставлении DMH Услуг (см. стр. 5 - 9)*
- ☐ *Подписанное Разрешение на авторизацию DMH услуг (см. Стр. 10)*
- ☐ *Подписанное Разрешение (я) для Передачи Информации (см. Стр. 11 и 12)*

Для принятия решения в своевременные сроки необходима следующая информация. Настоятельно рекомендуется предоставить клиническую информацию на момент подачи заявки, чтобы ускорить процесс авторизации. Если вы не приложите клиническую документацию, включите подписанное Разрешение(я) на Передачу информации для текущих провайдеров, включая любые больницы, в которых вы, возможно, получали лечение. Такая информация включает:

- ☐ Амбулаторные психиатрические записи и обследования.
- ☐ Записи о госпитализации и выписки.
- ☐ Оценка состояния (например, Психиатрическая и Психосоциальная).
- ☐ Нейропсихологическое обследование
- ☐ Планы лечения
- ☐ Индивидуальный Образовательный План (IEP), если он существует.

При необходимости DMH может потребовать дополнительную клиническую информацию.

Что Ожидать После Подачи Запроса:

В течение семи (7) дней с момента получения *Запроса на Предоставление DMH Услуг*, DMH свяжется с заявителем или опекуном, чтобы подтвердить получение *Запроса на предоставление DMH Услуг*.

При необходимости Специалист по Авторизации DMH Услуг может востребовать встречу с заявителем и / или опекуном для дальнейшего обсуждения и оценки нужд заявителя и / или семьи.

Если выявлено, что заявитель соответствует клиническим критериям для услуг, Директор или назначенное лицо должны определить, нуждается ли человек в DMH услугах. Поскольку доступность услуг DMH ограничена, DMH должен определять приоритеты для кого и как предоставляются эти услуги. Критерии устанавливаются Правилами DMH, используемые для определения того, кому разрешается получать услуги DMH, и как эти услуги назначаются.

Директор DMH или назначенное лицо примет решение относительно Запроса на Услуги при получении и анализе информации в соответствии с правилами DMH: <https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>

Время авторизации может варьироваться в зависимости от наличия подтверждающей документации. Решение будет принято в течение 90 дней с момента получения DMH заявки на основе имеющейся информации.

Где найти Аппликации и формы Разрешения на Передачу Информации:

Запрос на Предоставление DMH Услуг и Разрешение на Передачу Информации можно получить в отделениях и офисах DMH, в стационарных психиатрических учреждениях и во многих общественных программах по всему Штату. Они также доступны на веб-сайте DMH по адресу

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

DMH может предоставлять услуги переводчика и перевода документов, чтобы заявитель или опекун могли вести переговоры с Отделом Умственного Здоровья/DMH на своём родном языке.

**Куда отправить Запрос на Услуги ДМН:**

Пожалуйста, найдите город заявителя в списке, который указан на следующих страницах, и отправьте заявку в соответствующий DMH Office из нижеприведённых списков. Пожалуйста, позвоните по указанному номеру, если есть какие-либо вопросы.

Подписанный и датированный Запрос на предоставление ДМН услуг, и правильно подписанные бланки **Разрешения на Передачу Информации** должны быть доставлены, отправлены по почте, отправлены по факсу или отсканированы и отправлены по электронной почте в отделение ДМН или на Сайт Офиса ответственного за население, в котором проживает заявитель, родитель или законный опекун на момент подачи заявления. Если вам нужна помощь в заполнении *Запроса на ДМН Услуги*, обратитесь в нижеуказанный офис, который обслуживает город, в котором проживает заявитель.

Офис	Почтовый адрес	Номер тел.	Номер Факса
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

Заявки НЕ должны отправляться в Центральный офис ДМН на Staniford Street в Boston. Это может ввести в заблуждение и задержать процесс принятия решений.

Расовые и Этнические Категории:

Опрос о расе и этнической принадлежности производится для того, чтобы ДМН мог лучше предоставлять услуги, ориентированные на человека, которые являются культурно и лингвистически подходящими. Это также поможет Департаменту соблюдать правила и стандарты и позволит спланировать услуги по потребностям. **Предоставление информации о расе и этнической принадлежности является необязательным.** Решение сделать это или нет, не повлияет на *Заявку на услуги ДМН*.

Для заполнения разделов Расы и Этнической Принадлежности в *Запросе на Услуги ДМН* могут использоваться следующие параметры. При заполнении заявки лицам, имеющим более одной расы или этнической принадлежности, предлагается себя идентифицировать.

Ниже перечисленные Расовые категории основаны на стандарте, установленном Федеральным Правительством. Этничность определяется как группа людей, которая связана общим национальным происхождением, историей, языком, обычаями и опытом культуры. для демонстрации некоторых примеров Расовой принадлежности или этнических групп представлен следующий список но он не является полным.

Список Расовой Принадлежности
Американский индеец / коренной житель
Азиат/ка
Черный / афроамериканец
Черный / испаноязычных
Выбираю не самоидентифицироваться
Коренной Гаваец или другой
Другие
Две или более Расы
неизвестный
Белый / испаноязычный
Белый / неиспаноязычных

Примеры Этнической Принадлежности		
Албанский	Греческий	Пакистанский
Американский -	Гватемалский	Перуанский
Армянин	Гаитянский	Панамский
Бутаниский	Латиноамериканец,	Польский
Боснийский	Монг/мяо	Португальский
Бразильский	Гондурасский	Пуэрторикский
Бирманский	Индийский	Ррусский
Камбоджийский	Иранский	Сальвадорский
Канадец	Иракский	СХомалийский
Кабо-Верде	Ирландский	Тайский
Китайский	Израильянский	Тибетский
Колумбийский	Итальянский	Украинский
Конголезский	Японский	неизвестный
Коста-Риканский	Корейский	Венесуэльский
Доминиканский	Лаоский	Вьетнамский
Египтянин	Ливанский	Западная Индия / Карибский
Еретерянский	Мексиканский	
Эфиопский	Марокканский	Две или более этничности
Филиппинский	Нигерийский	Другие
Французский	Никарагуанский	не самоидентифицируюсь



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

**ЗАПРОС НА ДМН УСЛУГИ**

Эффективно с декабря 2017 года

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



Легальное имя заявителя _____ SSN _____
(фамилия) (Имя) (Среднее) (Номер социального обеспечения)

Предпочитаемое имя заявителя (если другое) _____
(Фамилия) (Имя) (Среднее)

Адрес (Или последний известный адрес, если заявитель бездомный):

_____ (улица, номер дома) (номер апартаментов) (Город) (Штат) (Индекс)

Почтовый адрес (если отличается от вышестоящего)

_____ (улица, номер дома) (номер апартаментов) (Город) (Штат) (Индекс)

Дата Рождения ____ / ____ / ____ Возраст ____ Пол ____ Семейное положение ____
Мес. День год

Раса ____ Этническая принадлежность ____ Предпочитаемый язык ____

Нужны ли Вам услуги переводчика?	☐ Да	☐ Нет	
➤ Если да, то кому?	☐ Заявителю	☐ Родителю	☐ Опекуну
Является ли заявитель глухим или слабослышащим?	☐ Да	☐ Нет	
Заявитель слабовидящий (зрение <20/200 или полностью слепой)?	☐ Да	☐ Нет	
18 лет и старше, зарегистрирован избирателем? (по желанию):	☐ Да	☐ Нет	☐ Неизвестно
Служил ли заявитель в армии?	☐ Да	☐ Нет	☐ Неизвестно

(Пожалуйста, отметьте ниже все, что применимо и укажите номер телефона / адрес электронной почты)

☐ Дневн. /раб. тел. () _____ Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет
☐ Вечерний тел. () _____ Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет
☐ Мобилный.тел. () _____ Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет
☐ Эл.почта _____ Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет

Является ли заявитель адаптированным или в процессе усыновления? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Предпочитаемый язык родителя / опекуна (если заявителю не исполнилось 18 лет): _____

Если до 18 лет, кто является **легальным** опекуном? ☐ Родитель ☐ DCF ☐ Назначен судом ☐ Сам(независимый)

Если до 18 лет, кто является **физическим** опекуном? ☐ Родитель ☐ DCF ☐ DYS ☐ Сам(независимый)

Дополнительная контактная информация (укажите выдачу информации для каждого перечисленного человека)

Имя контактного лица в случае чрезвычайной ситуации _____

Кем доводится Заявителю: _____ Телефон # _____

Адрес: _____

Контакт родителей / агентства(1) _____

Кем доводится Заявителю: _____ Телефон # _____

Адрес: _____

Контакт родителей / агентства(2) _____

Кем доводится Заявителю: _____ Телефон # _____

Адрес: _____

**Текущая Ситуация:**

В данное время Заявитель в госпитале ?	☐ Да	☐ Нет	Ожид. Дата выписки: _____
➤ Если да, то где? _____			
Является ли заявитель бездомным ?	☐ Да	☐ Нет	
➤ Если да, задействованное агентство, если есть _____			
В данное время Заявитель в тюрьме ?	☐ Да	☐ Нет	Ожид. Дата освобожд: _____
➤ Если да, где? _____			
Заявитель сейчас на условном сроке ?	☐ Да	☐ Нет	
➤ Если да, укажите имя сотрудника службы испытательного срока: _____			

Если заявитель является родителем или опекуном, есть ли дети, живущие с вами? ☐ Да ☐ Нет ☐ Не относится

Задействован ли заявитель сейчас с другим штатным или федеральным (i.e., VA) агентством? ☐ Да ☐ Нет ☐ неизв.

Если да, с каким? *Отметьте, что подходит*

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

Контактная информация другого агенства _____ Тел. # _____
Включите форму Обмена информацией (Фамилия) (Имя)

Контактная информация другого агенства _____ Тел. # _____
Включите форму Обмена информацией (Фамилия) (Имя)

Информация об опеке (если применимо):

Является ли заявитель законным опекуном, назначенным судом? ☐ Да ☐ Нет

• Если да, Тип Опеки: _____

Назначен ли вам DCF Guardian Mittimus? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

• Если да, какого типа? _____

Важная информация: Если у заявителя есть назначенный судом опекун, с этим заявлением просьба представить копию Постановления об опеке. Юридический опекун (родитель или назначенный судом) должен подписать заявку и все Разрешения на Выдачу информации для процесса заявки.

Имя легального опекуна _____ Кем является _____
 (фамилия) (Имя) (Кем является Заявителю)

Адрес Опекуна _____
 (Улица и номер дома) (№ апартамента) (Город) (Штат) (Индекс)

Как мы можем связаться с опекуном? (Пожалуйста, отметьте все, что применимо ниже, и укажите номер телефона / адрес электронной почты)

☐ Дн. / Раб. тел	() _____	Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет
☐ Вечерний Тел.	() _____	Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет
☐ Моб. Телефон	() _____	Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет
☐ Эл. почта	_____	Можно оставить сообщение? ☐ Да ☐ Нет



Источник дохода

- ☐ Заработок ☐ SSI ☐ Социальное обеспечение ☐ Помощь семьи ☐ SSDI
☐ Без дохода ☐ Экстренная помощь ☐ Другое(пожалуйста укажите) _____

Информация об образовании / школе / колледже

Учится ли Заявитель в настоящее время в школе? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

- Если да, укажите школу / город _____

Местное Ответственное Агентство Образования (LEA)? _____

Находится ли заявитель на Индивидуальном Плате Обучения (IEP)? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Если ДА, какой тип Специального Образования заявитель получает? (Пожалуйста, отметьте все, что относится.)

- ☐ Домашнее обучение ☐ Дневное ☐ Неизвестно
☐ Другое (Пожалуйста уточните): _____

Есть направление 688 ? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Есть ли у заявителя 504 План Аккомодации? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Медицинская страховка:

Текущие покрытия (отметьте все применимые):

☐ Medicare: полиса #: _____

☐ Medicaid/MassHealth: полиса #: _____

Тип: _____

Подписчик: _____

- Зарегистрирован ли заявитель в настоящее время на **Children's Behavioral Health Initiative (CBHI)** Услуги? ☐ Да ☐ Нет
Если «да», укажите ниже, какие услуги получает лицо и от какого Агентства общественной службы (CSA).

- Название Агентства Общественной Службы (CSA): _____
- Заявитель CBHI услуг сейчас получает: _____

- Зарегистрирован ли заявитель в настоящее время в **Accountable Care Organization (ACO)**? ☐ Да ☐ Нет
Если «да», укажите ниже название и контактную информацию.

- Зарегистрирован ли заявитель сейчас в **Behavioral Health Community Partner (BHCP)**? ☐ Да ☐ Нет
Если «да», укажите ниже название и контактную информацию.

☐ One Care
План: _____

☐ Коммерческая / частная страховка #: _____

Страховая Компания: _____

Подписчик: _____

☐ Нет медицинского страхования

Есть /в ожидании ли заявка на медицинское страхование? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите страховку: _____



Главный Предоставитель (Провайдер) Психиатрических Услуг:

Просьба указать, кто предоставляет заявителю регулярную психиатрическую помощь. Если нет постоянного источника психиатрической помощи, используйте этот раздел, чтобы указать самый последний источник психиатрической помощи.

Главный Провайдер Психиатрических Услуг: _____
(фамилия) (Имя)

Текущий Провайдер? ☐ Да ☐ Нет

Название Клиники: _____

Адрес: _____
(Номер дома и улицы) (апартаменты.) (Город) (Штат) (Индекс)

Номер телефона: _____ Добавочный: _____

Информация о диагнозе:

Есть ли у заявителя текущий психиатрический диагноз? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Если да, пожалуйста, перечислите все известные диагнозы:

Другая поддержка

Имя	Кем доводится (семья, терапевт, духовенство)	Адрес	Телефон	Обмен информ. включён? (Да/Нет)



Семейный Доктор:

Укажите, кто предоставляет заявителю постоянную медицинскую помощь? Если нет регулярной медицинской помощи, используйте этот раздел, чтобы указать самый последний источник медицинской помощи.

Семейный Доктор: _____ Текущий? ☐ Да ☐ Нет

Название Клиники: _____

Адрес Провайдера: _____

Телефон Провайдера: _____

Есть ли какие-либо физические проблемы, требующие постоянного наблюдения? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Был ли когда-либо диагноз неврологической проблемы? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Если «да», пожалуйста, опишите любые текущие физические или неврологические проблемы:

Лекарства

Принимает ли заявитель в настоящее время какие-либо лекарства? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

Если да, пожалуйста, перечислите **лекарства, дозировки и кто назначил их:**

Почему заявитель подаёт заявку на услуги?

Какие виды услуг вам необходимы?



ОПРЕДЕЛЕНИЕ АВТОРИЗАЦИИ ДМН УСЛУГ

- Я прошу, чтобы Департамент Психического Здоровья (ДМН) произвёл авторизацию на ДМН услуги. Я приложил к моей заявке Подписанную Форму Разрешения на Передачу Информации. Я понимаю, что ДМН будет запрашивать и проверять медицинские записи как часть процесса авторизации. Я понимаю, что мои имя и информация будут включены в систему записи ДМН.
- ДМН может потребовать личное интервью со мной или провести клиническую оценку состояния в том случае, когда имеющиеся клинические данные недостаточны для определения услуг.
- Я буду обязан предоставить информацию о моем доходе и страховании и с меня может взиматься оплата за услуги в зависимости от моей платёжеспособности.
- Я понимаю, что решение ДМН может быть обжаловано, если будет определено, что заявитель не одобрен на обслуживание, поскольку оно не соответствует критериям ДМН услуг.
- Я получил копию Уведомления ДМН о конфиденциальности (прилагается к этому запросу для услуг).
- Я даю разрешение ДМН сообщать о моем запросе на ДМН услуги лицу, указанному ниже, которое помогло в заполнении этого заявления. Это разрешение действует до тех пор, пока моя заявка не будет полностью обработана или я не уведомлю ДМН письменно о том, что я его аннулирую.

подпись

Подпись заявителя или законного опекуна

Имя заявителя (печатными буквами)

Дата подписи

- Подписано: ☐ Родитель ☐ Законный опекун ☐ взрослый Заявитель или независимый несовершеннолетний
- Приложены документы опеки или DCF Mittimus? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно

ЛИЦО, ПОМОГАЮЩЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ Этот раздел должен быть заполнен лицом, помогающим заявителю подать заявку.

ФИО _____ Кем является _____
(Фамилия) (Имя) (Кем является заявителю)

Название Агентства: _____

Адрес: _____
(Название улицы и номер дома) (Апартамент No) (Город) (Штат) (Индекс)Телефон# _____ ☐ Дневной ☐ Вечерний ☐ Мобильный

ПРОГРАММА ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ ПОДАЮЩЕЕ ЗАЯВКУ ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Этот раздел должен быть заполнен программой или учреждением, подающим заявку от имени заявителя.

Название Программы или Учреждения _____ Имя Заявителя _____

☐ Дата _____ заявитель / опекун был проинформирован о подаче заявки от их имени, и он(а) не возражал(а).

☐ Заявитель не дееспособен и в соответствующий суд было подано ходатайство об опеке (прилагается копия ходатайства)

подпись

Подпись и должность лица, подающего заявку

Печатными буквами ФИО подающего заявку

КАК ПРИЛАГАТЬ ФОРМЫ НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.

В процессе определения услуг, ДМН рассмотрит все доступные записи о психиатрической помощи, полученные заявителем. **Пожалуйста, отправьте подписанную форму Разрешения на Передачу Информации вместе с заявкой.**

- Пожалуйста, отправьте подписанную форму Разрешения на Передачу Информации **на каждого провайдера** психиатрической помощи. Если психиатрическая помощь предоставляется через клинику, пожалуйста, укажите первичного провайдера услуг в этой клинике. При необходимости сделайте дополнительные копии этой формы.
- Также **приложите** подписанную форму Разрешения на Передачу Информации **для любой другой клинической записи, которую заявитель хотел бы включить для определения услуг.** Сделайте добавочные копии этой формы.
- Пожалуйста, **проверьте правильность имени**, адреса и номера телефона провайдера в каждой форме Передачи. Правильные имена, адреса и номера телефонов ускоряют процесс заявки.
- Пожалуйста, не забудьте сначала и подписать все области при передаче информации (включая специальные секции)

Сколько форм Разрешения на Передачу Информации отправляется с этим заявлением?

- ДМН также рассмотрит любые медицинские записи, которые заявитель или те, кто оказывает помощь заявителю, имеют в своем распоряжении и хотят представить на рассмотрение.
- Заполните и подпишите форму Разрешения на Передачу Информации к каждой медицинской записи, прилагаемой к заявлению, в случае, если сотрудникам ДМН понадобится уточнить информацию, содержащуюся в записях.
- Копии истории болезни не возвращаются поэтому не присылайте оригиналов.

Сколько копий Истории Болезни прилагается к этой заявке?

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Разрешение на Разглашение Информации****Двухсторонняя****1. Информация о Пациенте/Заявителе**

Имя: _____ Другие Имена: _____
 Улица: _____ Номер квартиры: _____
 Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
 Номер Социальной Защиты: _____ Дата Рождения: _____
 Телефон: _____

2. Разрешение на Разглашение: Я предоставляю разрешение Департаменту психического здоровья (DMH) получать и передавать информацию, включая конфиденциальные сведения от лиц, агентств или организаций, указанных ниже в устной или письменной форме.

Имя, Агентство или Организация (например, Название и адрес госпиталя, имя врача, жилищная программа, другое)

Только для сведений DMH

Название: _____

Имя получателя: _____

Улица: _____

Город: _____

Штат/Индекс: _____

Телефон: _____

Факс: _____

3. Отметьте какую именно информацию разрешено разглашать: (отметьте все что подходит)

☐ Диагностика и лечение психического здоровья, предоставляемые Психиатром; Психологом; Медсестрой-Специалистом по оказанию помощи в вопросах психического здоровья; Работниками Социальных Служб, имеющими лицензию на проведение консультаций; всеми другими лицензированными провайдерами в вопросах психического здоровья.

☐ Полный отчет о психическом здоровье, за исключением случаев психотерапии, требующих отдельного разрешения

☐ Сведения о Выписке

☐ План Лечения

☐ ISPs & IAPs

☐ Нейропсихическое тестирование

☐ Итоговый Отчет

☐ Приемная Документация

☐ Физическое Обследование

☐ Результаты Лабораторных Тестов

☐ Другое (пожалуйста укажите) / дополнительная информация: _____

4. Даты касающиеся информации, которую Вы хотите предоставить: (отметьте ниже даты ИЛИ отметьте трехгодичный период)

Даты Запрашиваемой Информации: С: _____ По: _____

ИЛИ ☐ Сведения за три года до даты этого разрешения.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Разрешение на Разглашение Информации
Двухсторонняя**

Имя Пациента/Заявителя: _____

5. Пожалуйста, поставьте отметку там, где Вы даете разрешение на разглашение соответствующей информации, если она присутствует в вашей медицинской истории: (отметьте там, где применимо)

- ☐ Результаты тестирования на ВИЧ (требуется разрешение для каждого запроса на разглашение).
- ☐ Сведения о злоупотреблении Алкоголем и Наркотиками, охраняемые Федеральными Правилами о Конфиденциальности 42 CFR Часть 2 Федеральных правил, запрещено подвергать дальнейшему разглашению, если только это прямо не указано в письменной форме лицом, которое подписало разрешение или в противном случае, разрешено в соответствии с правилами 42 CFR Часть 2.

Причина разглашения информации: Разрешение на оказание услуг.

Я понимаю, что:

- У меня есть право отозвать это разрешение в любое время.
- Если я приму решение отозвать разрешение, я должен сделать это в письменной форме и представить его в DMH по указанному на первой странице адресу или представителю DMH в моем районе. (Офисы DMH указаны на веб-сайте www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory, позвоните по номеру 1-800-221-0053 или отправьте на адрес электронной почты dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- Отзыв не будет распространяться на информацию, которая уже была передана в соответствии с выданным ранее разрешением.
- Отзыв не распространяется на мою страховую компанию, в случае, когда закон предоставляет моему страховщику право оспаривать иски, связанные с моим страховым полисом.
- Как только вышеприведенная информация будет разглашена, получатель может передать ее повторно, и информация не может быть защищена федеральными законами или правилами конфиденциальности штата.
- Разрешение на разглашение информации, указанной выше, является добровольным.
- Мне не нужно подписывать эту форму для получения лечения или услуг от DMH и/или другого лица, учреждения или агентства; однако отсутствие способности передавать или получать информацию может препятствовать DMH и/или другому лицу, учреждению или агентству в проведении назначенного и необходимого лечения.

Срок разрешения истекает (укажите дату, период времени или событие) _____ или, если срок не указан, действие документа истекает не позже чем: (i) через год с даты его подписания; или (ii) в том случае, если я больше не являюсь получателем услуг от DMH.

6. Подпись / Разрешение: Подпишите и заполните ниже требуемую информацию.

X _____
Ваша подпись или подпись Вашего Представителя _____ Дата _____

Ваше Имя печатными буквами _____

Если форма подписывается представителем, заполните информацию ниже:

Тип полномочий (например, назначен по решению суда, родитель-опекун): _____

Если назначен по решению суда, предоставьте копию постановления суда.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Разрешение на Разглашение Информации****Двухсторонняя****1. Информация о Пациенте/Заявителе**

Имя: _____ Другие Имена: _____
 Улица: _____ Номер квартиры: _____
 Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
 Номер Социальной Защиты: _____ Дата Рождения: _____
 Телефон: _____

2. Разрешение на Разглашение: Я предоставляю разрешение Департаменту психического здоровья (DMH) получать и передавать информацию, включая конфиденциальные сведения от лиц, агентств или организаций, указанных ниже в устной или письменной форме.

Имя, Агентство или Организация (например, Название и адрес госпиталя, имя врача, жилищная программа, другое)

Только для сведений DMH

Название: _____

Имя получателя: _____

Улица: _____

Город: _____

Штат/Индекс: _____

Телефон: _____

Факс: _____

3. Отметьте какую именно информацию разрешено разглашать: (отметьте все что подходит)

☐ Диагностика и лечение психического здоровья, предоставляемые Психиатром; Психологом; Медсестрой-Специалистом по оказанию помощи в вопросах психического здоровья; Работниками Социальных Служб, имеющими лицензию на проведение консультаций; всеми другими лицензированными провайдерами в вопросах психического здоровья.

☐ Полный отчет о психическом здоровье, за исключением случаев психотерапии, требующих отдельного разрешения

☐ Сведения о Выписке

☐ План Лечения

☐ ISPs & IAPs

☐ Нейропсихическое тестирование

☐ Итоговый Отчет

☐ Приемная Документация

☐ Физическое Обследование

☐ Результаты Лабораторных Тестов

☐ Другое (пожалуйста укажите) / дополнительная информация: _____

4. Даты касающиеся информации, которую Вы хотите предоставить: (отметьте ниже даты ИЛИ отметьте трехгодичный период)

Даты Запрашиваемой Информации: С: _____ По: _____

ИЛИ ☐ Сведения за три года до даты этого разрешения.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Разрешение на Разглашение Информации
Двухсторонняя**

Имя Пациента/Заявителя: _____

5. Пожалуйста, поставьте отметку там, где Вы даете разрешение на разглашение соответствующей информации, если она присутствует в вашей медицинской истории: (отметьте там, где применимо)

- ☐ Результаты тестирования на ВИЧ (требуется разрешение для каждого запроса на разглашение).
- ☐ Сведения о злоупотреблении Алкоголем и Наркотиками, охраняемые Федеральными Правилами о Конфиденциальности 42 CFR Часть 2 Федеральных правил, запрещено подвергать дальнейшему разглашению, если только это прямо не указано в письменной форме лицом, которое подписало разрешение или в противном случае, разрешено в соответствии с правилами 42 CFR Часть 2.

Причина разглашения информации: Разрешение на оказание услуг.

Я понимаю, что:

- У меня есть право отозвать это разрешение в любое время.
- Если я приму решение отозвать разрешение, я должен сделать это в письменной форме и представить его в DMH по указанному на первой странице адресу или представителю DMH в моем районе. (Офисы DMH указаны на веб-сайте www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory, позвоните по номеру 1-800-221-0053 или отправьте на адрес электронной почты dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- Отзыв не будет распространяться на информацию, которая уже была передана в соответствии с выданным ранее разрешением.
- Отзыв не распространяется на мою страховую компанию, в случае, когда закон предоставляет моему страховщику право оспаривать иски, связанные с моим страховым полисом.
- Как только вышеприведенная информация будет разглашена, получатель может передать ее повторно, и информация не может быть защищена федеральными законами или правилами конфиденциальности штата.
- Разрешение на разглашение информации, указанной выше, является добровольным.
- Мне не нужно подписывать эту форму для получения лечения или услуг от DMH и/или другого лица, учреждения или агентства; однако отсутствие способности передавать или получать информацию может препятствовать DMH и/или другому лицу, учреждению или агентству в проведении назначенного и необходимого лечения.

Срок разрешения истекает (укажите дату, период времени или событие) _____ или, если срок не указан, действие документа истекает не позже чем: (i) через год с даты его подписания; или (ii) в том случае, если я больше не являюсь получателем услуг от DMH.

6. Подпись / Разрешение: Подпишите и заполните ниже требуемую информацию.

X _____
Ваша подпись или подпись Вашего Представителя _____ Дата _____

Ваше Имя печатными буквами _____

Если форма подписывается представителем, заполните информацию ниже:

Тип полномочий (например, назначен по решению суда, родитель-опекун): _____

Если назначен по решению суда, предоставьте копию постановления суда.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Разрешение на Разглашение Информации****Двухсторонняя****1. Информация о Пациенте/Заявителе**

Имя: _____ Другие Имена: _____
 Улица: _____ Номер квартиры: _____
 Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
 Номер Социальной Защиты: _____ Дата Рождения: _____
 Телефон: _____

2. Разрешение на Разглашение: Я предоставляю разрешение Департаменту психического здоровья (DMH) получать и передавать информацию, включая конфиденциальные сведения от лиц, агентств или организаций, указанных ниже в устной или письменной форме.

Имя, Агентство или Организация (например, Название и адрес госпиталя, имя врача, жилищная программа, другое)

Только для сведений DMH

Название: _____

Имя получателя: _____

Улица: _____

Город: _____

Штат/Индекс: _____

Телефон: _____

Факс: _____

3. Отметьте какую именно информацию разрешено разглашать: (отметьте все что подходит)

☐ Диагностика и лечение психического здоровья, предоставляемые Психиатром; Психологом; Медсестрой-Специалистом по оказанию помощи в вопросах психического здоровья; Работниками Социальных Служб, имеющими лицензию на проведение консультаций; всеми другими лицензированными провайдерами в вопросах психического здоровья.

☐ Полный отчет о психическом здоровье, за исключением случаев психотерапии, требующих отдельного разрешения

☐ Сведения о Выписке

☐ План Лечения

☐ ISPs & IAPs

☐ Нейропсихическое тестирование

☐ Итоговый Отчет

☐ Приемная Документация

☐ Физическое Обследование

☐ Результаты Лабораторных Тестов

☐ Другое (пожалуйста укажите) / дополнительная информация: _____

4. Даты касающиеся информации, которую Вы хотите предоставить: (отметьте ниже даты ИЛИ отметьте трехгодичный период)

Даты Запрашиваемой Информации: С: _____ По: _____

ИЛИ ☐ Сведения за три года до даты этого разрешения.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Разрешение на Разглашение Информации
Двухсторонняя**

Имя Пациента/Заявителя: _____

5. Пожалуйста, поставьте отметку там, где Вы даете разрешение на разглашение соответствующей информации, если она присутствует в вашей медицинской истории: (отметьте там, где применимо)

- ☐ Результаты тестирования на ВИЧ (требуется разрешение для каждого запроса на разглашение).
- ☐ Сведения о злоупотреблении Алкоголем и Наркотиками, охраняемые Федеральными Правилами о Конфиденциальности 42 CFR Часть 2 Федеральных правил, запрещено подвергать дальнейшему разглашению, если только это прямо не указано в письменной форме лицом, которое подписало разрешение или в противном случае, разрешено в соответствии с правилами 42 CFR Часть 2.

Причина разглашения информации: Разрешение на оказание услуг.

Я понимаю, что:

- У меня есть право отозвать это разрешение в любое время.
- Если я приму решение отозвать разрешение, я должен сделать это в письменной форме и представить его в DMH по указанному на первой странице адресу или представителю DMH в моем районе. (Офисы DMH указаны на веб-сайте www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory, позвоните по номеру 1-800-221-0053 или отправьте на адрес электронной почты dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- Отзыв не будет распространяться на информацию, которая уже была передана в соответствии с выданным ранее разрешением.
- Отзыв не распространяется на мою страховую компанию, в случае, когда закон предоставляет моему страховщику право оспаривать иски, связанные с моим страховым полисом.
- Как только вышеприведенная информация будет разглашена, получатель может передать ее повторно, и информация не может быть защищена федеральными законами или правилами конфиденциальности штата.
- Разрешение на разглашение информации, указанной выше, является добровольным.
- Мне не нужно подписывать эту форму для получения лечения или услуг от DMH и/или другого лица, учреждения или агентства; однако отсутствие способности передавать или получать информацию может препятствовать DMH и/или другому лицу, учреждению или агентству в проведении назначенного и необходимого лечения.

Срок разрешения истекает (укажите дату, период времени или событие) _____ или, если срок не указан, действие документа истекает не позже чем: (i) через год с даты его подписания; или (ii) в том случае, если я больше не являюсь получателем услуг от DMH.

6. Подпись / Разрешение: Подпишите и заполните ниже требуемую информацию.

X _____ Дата _____
Ваша подпись или подпись Вашего Представителя

Ваше Имя печатными буквами _____

Если форма подписывается представителем, заполните информацию ниже:

Тип полномочий (например, назначен по решению суда, родитель-опекун): _____

Если назначен по решению суда, предоставьте копию постановления суда.



СОДРУЖЕСТВО MASSACHUSETTS
ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ, КАК ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И ВЫДАНА И
КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ.

ПОЖАЛУЙСТА ПЕРЕПРОВЕРЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

Дата эффективности уведомления: 15 мая 2018 года

Конфиденциальность

Государственный и Федеральный Закон требует от Департамента Психического Здоровья (DMH) строгого содержания конфиденциальности и безопасности вашей Защищённой Медицинской Информации (ЗМИ/PHI). ЗМИ включает любую идентифицируемую информацию о вашем физическом или психическом здоровье, полученную медицинскую помощь и оплату медицинского обслуживания. Информация о помощи, которую вы получили от других провайдеров, также может быть включена в вашу ЗМИ.

По закону, от DMH требуется предоставление вам этого уведомления, чтобы объяснить вам, как может быть использована и передана ваша ЗМИ и проинформировать вас о ваших правах на конфиденциальность. DMH должен следовать правилам конфиденциальности, изложенным в его наиболее актуальном Уведомлении о Конфиденциальности.

Изменения в этом уведомлении

DMH может изменить свои правила конфиденциальности и условия этого уведомления в любое время. Изменения будут применяться к ЗМИ, которые DMH уже имеет, а также к ЗМИ, которую DMH получит в будущем. Самое последнее Уведомление о Конфиденциальности будет опубликовано в учреждениях и программах DMH на веб-сайте DMH (www.state.ma.us/dmh) и будет доступно по требованию. Каждое Уведомление о Конфиденциальности будет датировано.

Как DMH может Использовать и Передавать Вашу ЗМИ.

DMH может использовать ЗМИ внутри DMH Организации и передавать её за пределами Организации без вашего разрешения для следующих целей:

1. Для лечения - DMH может использовать/разглашать ЗМИ врачей, медсестёр, стажёров и студентов или других медицинских работников, которые участвуют в предоставлении вам медицинских и смежных услуг. ЗМИ будет использоваться для оказания помощи в разработке плана лечения и/или услуг и проводить периодические наблюдения и оценки состояния. ЗМИ может быть раскрыта для других медицинских специалистов и провайдеров для получения предписания, лабораторных работ, консультаций и других предметов, необходимых для вашей помощи. ЗМИ будет передана для медицинских работников в целях направления вас на услуги и для координирования и обеспечения услуг, которые вы получаете.

2. Для Оплаты - DMH может использовать/разглашать ЗМИ для запросов на оплату медицинских услуг. DMH может раскрыть часть вашей ЗМИ для Medicaid или Medicare программ или третьей стороне плательщика для определения, если это они проплачивают, чтобы получить предварительное одобрение и подтвердить любые запросы по оплате.

3. Для Управления Здравоохранением - DMH может использовать/разглашать ЗМИ для поддержки мероприятий, таких, как программы планирования, управления и административной деятельности, обеспечение качества, для получения и реагирования на жалобы, соответственных программ (Например, Medicare), проверок, подготовки и аттестации работников здравоохранения и сертификации, и аккредитации (например, Совместная Комиссия).

4. Для напоминаний о визитах к врачу - DMH может использовать ЗМИ, чтобы напомнить вам о визитах к врачу или для последующих инструкций или предоставить вам информацию об альтернативных методах лечения или других, связанных со здоровьем, бенефитами и с услугами, которые могут представлять для вас интерес.

5. Бизнес Ассоциации -DMH может использовать/разглашать ЗМИ контракторам, агентам и другим деловым партнёрам, которые нуждаются в информации для оказания помощи DMH в получении оплаты или осуществлении своих деловых операций. Если DMH раскрывает Вашу ЗМИ для делового партнёра, DMH должен иметь письменный договор с этим деловым партнёром в подтверждение, что они также защитят вашу ЗМИ.

6. Семья и друзья/духовенства -DMH может раскрыть ограниченное количество ЗМИ для следующих целей:

- **Для духовенства** -Если вы согласны, устно или в другом случае, ваша религиозная принадлежность может быть раскрыта духовенству.
- **Для семьи, друзей или других** - Если вы согласны или не возражаете, ЗМИ может быть раскрыта для лиц, участвующих в вашем уходе или в оплате по присмотру за вами, если их участие напрямую связано с уходом за вами или с оплатой по присмотру за вами.

7. Требуется по закону- DMH может использовать/разглашать ЗМИ, требуемую по закону, такую как: сообщение о преступлении, совершённого на его территории; для исполнения распоряжения, назначенного судом; сообщение о насилии или пренебрежительного отношения и в других ситуациях, когда от DMH требуется сделать доклады и/или выдать ЗМИ в соответствии с законом или регулированием.

8. Иски и Оспаривания -Если вы выдвигаете судебный иск или другие разбирательства против DMH или наших сотрудников, или агентов, мы можем использовать и разглашать ЗМИ для нашей защиты.

9. Другие цели- DMH может использовать/раскрыть вашу ЗМИ:

- Для опеки или судебного разбирательства, когда DMH является одной из сторон;
- Для других судебных и административных разбирательств, при соблюдении определённых критериев;
- Органам Здравоохранения, которые получают доклад о насилии или о пренебрежительном отношении;
- Для исследовательских целей, следующим строгим внутренним проверкам;
- Чтобы избежать серьёзной и неминуемой угрозы для здоровья или безопасности;
- Лицам, участвующим в вашем лечении в условиях чрезвычайной ситуации при соблюдении определённых критериев;
- Исправительным учреждениям, если вы в заключении, или вас задержали сотрудники правоохранительных органов, мы можем раскрыть Вашу ЗМИ для сотрудников тюремных учреждений или сотрудников правоохранительных органов, при необходимости предоставить вам медицинскую помощь, или для поддержания безопасности и порядка в месте, где вы отбываете наказание;
- Уполномоченным органам общественного здравоохранения для общественных мероприятий здравоохранения, таких как отслеживание заболеваний и отчётности статистики естественного оборота населения;
- Государственным Учреждениям, уполномоченных проводить ревизии, расследования и проверки нашего учреждения. Эти правительственные учреждения мониторят: деятельность системы здравоохранения, правительственные бенефиты, программы Medicare и Medicaid и соблюдение нормативных программ правительства и законов о гражданских правах;
- Для компенсации на заявку о полученной травме на работе;

- Для некоторых специализированных государственных функций при соблюдении определённых критериев; и
- В случае вашей смерти, мы можем выдать вашу ЗМИ для коронаров, медицинских экспертов, похоронных агентств и некоторых агентств по закупкам и пересадкам органов и тканей.

Использование/выдача информации, требующее письменного разрешения

DMH должен иметь письменное разрешение от вас или вашего законного представителя для использования/выдачи информации о лечении, оплате и медицинского обслуживания, если только перечисленные выше исключения не применяется. Вы можете отменить разрешение в любое время, если вы сделаете это в письменной форме. Отмена остановит будущее использование/выдачу информации за исключением того, что в DMH уже было в действии на основании вашего разрешения.

Необходима авторизация для большинства использований и выдач психотерапевтических записей (это записи, которые некоторые профессиональные и поведенческие медицинские провайдеры ведут при встречах с вами и не хранят в вашей медицинской карте), с информацией о расстройствах из-за использования некоторых веществ, тестирование на ВИЧ или результаты испытаний и некоторая генетическая информация, даже если выдача делается для лечения, оплаты или целей медицинского оперирования, как описано выше.

Хотя следующие виды использования/выдачи информации не предусмотрены DMH, мы должны сообщить вам, что любое использование или выдача ЗМИ для маркетинга, который включает в себя финансовые вознаграждения DMH, потребует разрешение. Аналогичным образом, чтобы продать ЗМИ, DMH должен получить разрешение. DMH не будет использовать или раскрывать Вашу ЗМИ для целей сбора средств.

Ваши права относительно Вашей ЗМИ/РНИ

Вы или ваш законный представитель имеет право на:

- Запрос, чтобы DMH использовал конкретный адрес или номер телефона для связи с вами. DMH будет стараться принять во внимание все разумные просьбы.
- Запросите бумажную копию этого уведомления или при любом пересмотре настоящего уведомления, даже если вы согласились получать его в электронном виде.
- Осмотрите и запросите копию ЗМИ, используемую для принятия решения о вашем лечении. Если записи хранятся в электронном виде, вы можете запросить электронную копию. Доступ к записи может быть ограничен при определённых обстоятельствах. Если DMH откажет вашему запросу полностью или частично, вы можете запросить пересмотреть отказ. Может взиматься оплата за копии и пересылку. Обычно DMH ответит на ваш запрос в течение 30 дней. Если необходимо дополнительное время для пересмотра, DMH уведомит вас в течение 30 дней, чтобы объяснить причину задержки и укажет дату, когда вы можете ожидать окончательного ответа на ваш запрос. **Эта просьба должна быть подана в письменном виде.**
- Запрос о добавлении или исправлении в вашей ЗМИ. DMH не обязан соглашаться с такой просьбой. Если она не соответствует вашему запросу, DMH объяснит вам почему в письменном виде в течение 60 дней и уведомит вас о ваших конкретных правах в этом случае. Если необходимо дополнительное время для рассмотрения, DMH уведомит вас в течение 60 дней, чтобы объяснить причины задержки и укажет, когда вы можете ожидать окончательного ответа на ваш запрос. **Эта просьба должна быть подана в письменном виде.**
- Запрос учёта выдачи ЗМИ (вплоть до последних шести лет), который будет определён, в соответствии с применимыми законами, некоторых других лиц или организаций, для которых DMH выдал ЗМИ и почему. Отчётность не будет включать выдачи информации, которые были: (1) сделаны для вас или вашего личного представителя; (2) правомочны или утверждены вами; (3) сделаны для лечения, оплаты и оперирования здравоохранения; и (4)

некоторые, которые были обязаны быть сделаны по закону. Обычно DMH ответит на ваш запрос в течение 60 дней. Если необходимо дополнительное время для ответа, DMH уведомит вас в течение 60 дней, чтобы объяснить причины задержки и укажет, когда вы можете ожидать окончательного ответа на ваш запрос. **Эта просьба должна быть подана в письменном виде.**

- Запрос, чтобы DMH ограничил использование или выдачу вашей ЗМИ. DMH не обязан соглашаться на такое ограничение, за исключением если вы, или кто-то от вашего имени, платит за услуги медицинского пункта наличными в полном объеме, DMH согласится не разглашать ЗМИ, относящуюся только к этой службе или элементу с вашим страховым планом для цели платежа или оперирования здравоохранения, если только DMH не будет обязан выдать вашу ЗМИ предусмотренным законом. **Эта просьба должна быть подана в письменном виде.**

Вышеперечисленные запросы могут быть сделаны и переданы в любом DMH здании или офисе.

Сохранение записи

Ваши индивидуальные записи будут храниться не менее 20 лет с последней даты, когда вы получите услуги от DMH стационара и/или от оперируемых DMH общественных услуг. После этого времени ваши записи могут быть уничтожены.

Нарушение ЗМИ.

DMH сообщит вам, если произойдет нарушение вашего незащищенного ЗМИ.

Жалоба

Если вы считаете, что были нарушены права вашей частной жизни или конфиденциальность, или вы хотите подать жалобу, вы можете связаться с: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Телефон: 617-626-8160, Fax: 617-626-8242. **Эта просьба должна быть подана в письменном виде.**

Вы также можете подать жалобу Министру Здравоохранения и Социальных Служб, в Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203.

Никто не должен и не имеет права мстить вам из-за подачи жалобы или из-за востребования своих прав, как описано в настоящем уведомлении.

Контактная информация о конфиденциальности

Если вы хотите получить дополнительную информацию о DMH конфиденциальности, или если вы хотите добиться ваших прав, вы можете связаться: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Телефон: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131. **Эта просьба должна быть подана в письменном виде.**

Вы также можете связаться с DMH учреждения медицинских записей управления (для записей того учреждения), с директором программы DMH (для записей той программы), с отделом вашего офиса (для записей в вашем деле) или с сотрудником по правам человека, в вашем учреждении или программы, для большей информации или помощи.

DMH Контактная информация.

Если вы хотите получить другую информацию (не относящуюся к конфиденциальности) по поводу DMH и его обслуживания, вы можете контактировать: DMH Information, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: dmhinfo@state.ma.us, Телефон: 800-221-0053, Fax: (617) 626-8131.

Вы также можете обратиться за помощью к директору вашей DMH программы, в отдел вашего офиса или к сотруднику по правам человека вашего учреждения или в программы за дополнительной информацией или помощью.