Mục đích :

Bộ Sức Khỏe Tâm Thần (DMH) tìm cách tạo điều kiện cho sự độc lập và phục hồi bằng cách cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ cho trẻ em, thanh niên và gia đình bị rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và cho những người trưởng thành bị bệnh tâm thần trầm trọng và dai dẳng.

Làm thế nào để yêu cầu dịch vụ DMH (s):

Những cá nhân yêu cầu dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tâm thần qua DMH phải nộp các mẫu đơn sau đây. Điều cần thiết là phải có **chữ ký và ngày** ghi ở nơi được chỉ định trên mỗi mẫu:

- ☐ *Yêu cầu ứng dụng Dịch vụ DMH. (xem trang 5 - 9)*
- ☐ *Ký Xác Định Xác Nhận Sự Cho Phép Dịch Vụ DMH (xem trang 10)*
- ☐ *Ký Authorization (s) cho Tiết Lộ Thông Tin (xem trang 11 - 12)*

Các thông tin sau đây là cần thiết để đưa ra quyết định trong khung thời gian quy định. Chúng tôi khuyên bạn nên nộp thông tin lâm sàng vào thời điểm nộp đơn để tiến hành quá trình xác định. Nếu bạn không bao gồm tài liệu lâm sàng, vui lòng bao gồm thông tin đã được ký kết cho các nhà cung cấp hiện tại bao gồm bất kỳ bệnh viện nào mà bạn có thể đã được điều trị. Thông tin đó bao gồm:

- ☐ Hồ sơ tâm thần và xét nghiệm tâm thần ngoại trú.
- ☐ Các báo cáo và báo cáo về nhập viện và phóng thích.
- ☐ Đánh giá (ví dụ, tâm thần và tâm lý xã hội).
- ☐ Xét nghiệm thần kinh
- ☐ Kế hoạch điều trị
- ☐ *Kế hoạch giáo dục cá nhân (IEP)* nếu một người ở vị trí

DMH có thể cần thêm thông tin lâm sàng nếu cần.

Những điều cần mong đợi sau khi nộp đơn được nộp:

Trong vòng bảy (7) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu đăng ký Dịch vụ DMH, DMH sẽ liên lạc với người nộp đơn hoặc người giám hộ để xác nhận nhận được *Đơn yêu cầu cung cấp dịch vụ DMH*.

Nếu một cá nhân được tìm thấy đáp ứng các tiêu chí lâm sàng cho dịch vụ, Giám đốc Khu vực hoặc người được chỉ định phải xác định xem cá nhân đó có cần các dịch vụ DMH hay không.

Vì sự sẵn có của các dịch vụ DMH còn hạn chế, nên DMH phải ưu tiên cho ai và các dịch vụ đó được cung cấp như thế nào. Các quy định DMH thiết lập các tiêu chí được sử dụng để xác định ai được quyền nhận các dịch vụ DMH, và các dịch vụ đó được giao như thế nào.

Giám đốc hoặc người được chỉ định của DMH sẽ quyết định các yêu cầu dịch vụ khi nhận và xem lại thông tin theo các quy định của DMH: **https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf**

Thời gian cần thiết để xác định có thể khác nhau tùy thuộc vào sự sẵn có của tài liệu hỗ trợ. Quyết định sẽ được đưa ra trong vòng 90 ngày kể từ khi DMH nhận đơn, dựa trên các thông tin sẵn có.

Nơi tìm các ứng dụng và giấy phép để phát hành các biểu mẫu thông tin :

Yêu Cầu về Các Dịch Vụ Chăm Sóc và Cấp Phép về Cung Cấp Thông Tin của DMH hiện có tại các Văn Phòng Khu Vực và Văn Phòng DMH và các cơ sở tâm thần cấp tính cấp tính, và trong nhiều chương trình cộng đồng trên toàn Liên Bang. Chúng cũng có sẵn trên trang web của DMH tại **http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-application-forms-and-appeal-guidelines.html**

DMH có thể cung cấp dịch vụ phiên dịch và dịch tài liệu để người nộp đơn hoặc giám hộ có thể sử dụng ngôn ngữ ưa thích của họ để liên lạc với DMH.

Nơi gửi yêu cầu dịch vụ DMH:

Vui lòng tìm thành phố hoặc thị trấn của ứng viên trong danh sách xuất hiện trên các trang sau và gửi đơn đến Văn phòng DMH tương ứng từ các danh sách dưới đây. Vui lòng gọi số điện thoại được liệt kê nếu có thắc mắc

A Yêu cầu **Đăng ký và Đăng ký Ngày** và Ngày của DMH đối với Đơn DMH và phải được gửi, gửi qua đường bưu điện, fax, hoặc quét qua email và gửi cho Văn Phòng Khu Vực hoặc Văn Phòng Khu Vực của DMH có trách nhiệm đối với cộng đồng nơi người nộp đơn, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp cư trú tại thời điểm nộp đơn.

Nếu bạn cần trợ giúp để hoàn thành Yêu cầu Dịch vụ DMH, vui lòng liên hệ với văn phòng dưới đây để phục vụ thị trấn mà người nộp đơn đang sinh sống.

Văn phòng	Địa chỉ gửi thư	Số điện thoại	Số fax
Boston	85 East Newton Street, Boston, MA 02118	(617) 626-9200	(617) 626-9216
Brockton	165 Quincy Street, Brockton, MA 02302	(508) 897-2000	(508) 897-2047
Northampton	1 Prince Street, Northampton, MA 01060	(413) 587-6200	(413) 587-6240
Tewksbury	P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387	(978) 863-5000	(978) 863-5091
Worcester	361 Plantation St. Worcester, MA 01605	(774) 420-3140	(774) 420-3165

Không nên gửi hồ sơ đến Văn phòng Trung ương về DMHS tại Đường Staniford ở Boston. Làm như vậy sẽ dẫn đến các ứng dụng sai hướng, và có thể gây ra sự chậm trễ trong quá trình ra quyết định.

Chủng tộc và Dân tộc:

Thông tin chủng tộc và sắc tộc được yêu cầu để DMH có thể cung cấp tốt hơn các dịch vụ lấy người làm trung tâm thích hợp về văn hoá và ngôn ngữ. Nó cũng giúp Cục tuân thủ các quy định và tiêu chuẩn, và cho phép lập kế hoạch các nhu cầu dịch vụ chưa được đáp ứng. **Cung cấp thông tin về Chủng tộc và Dân tộc là không bắt buộc**. Quyết định làm như vậy, hay không, sẽ không ảnh hưởng đến việc áp dụng các dịch vụ DMH.

Những lựa chọn sau đây có thể được sử dụng để hoàn thành các phần về chủng tộc và sắc tộc trong *Yêu cầu Dịch vụ DMH*. Khi điền đơn, những người có nhiều chủng tộc hoặc sắc tộc được mời để xác định như vậy

Các loại chủng tộc được liệt kê dưới đây được dựa trên tiêu chuẩn do chính phủ liên bang đặt ra. Dân tộc được định nghĩa là nhóm người được kết nối bởi một nguồn gốc chung chung của quốc gia, lịch sử, tổ tiên, ngôn ngữ hoặc hải quan và kinh nghiệm văn hoá. Danh sách dưới đây được cung cấp để trình bày một số ví dụ về các dân tộc hoặc các nhóm sắc tộc, và không phải là một danh sách đầy đủ.

Tùy chọn chủng tộc
Thổ Dân Mỹ Da Đỏ / Dan Alaska
Châu Á
Người da đen / người Mỹ
Đen / Tây Ban Nha
Chọn Không Để Tự Xác định
Người bản địa hoặc người Đảo khac
Khác
Hai hoặc nhiều chủng tộc
Không biết
Trắng / Tây Ban Nha
Trắng / Không-Tây Ban Nha

Các ví dụ về sắc tộc		
Người Albanian	Hy Lạp	Người Pakistani
Người Mỹ - USA	Người Guatemalan	Người Peru
Người Armenian	Người Haitian	Người Panama
Người Bhutan	Tây Ban Nha, Khác	Ba Lan
Người Bosnian	Người Hmong	Bồ Đào Nha
Người Brazilian	Người Honduran	Người Puerto Rican
Miến điện	Ấn Độ	Người Nga
Người Campuchia	Người Iranian	Người Salvadoran
Người Canadian	Người Iraqi	Người Somali
Người Cape	Người Irish	Người Thai
Trung Quốc	Người Do Thai	Người Tây Tạng
Người Colombian	Người Ý	Người Ukrainian
Người Congolese	Người Nhật Bản	Không biết
Người Costa Rican	Hàn Quốc	Người Venezuelan
Người Dominican	Người Lao	Người Việt
Ai Cập	Người Lebanese	Tây Ấn /Caribbean
Người Eritrean	Người Mễ	
Người Ethiopian	Người Ma rốc	Hai hoặc nhiều chủng tộc hnicities
Người Phi Lip Pin	Người Nigerian	Khác
Người Pháp	Người Nicaraguan	Chọn Không Để Tự Xác định

Thành Phố hay Thị Xã	Văn phòng DMH	Thành Phố hay Thị Xã	Văn phòng DMH	Thành Phố hay Thị Xã	Văn phòng DMH	Thành Phố hay Thị Xã	Văn phòng 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

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

Người nộp đơn Tên pháp lý_____ **SSN** _____
(Ho) *(Ten goi)* *(Ten lot)* *(Số an sinh xã hội)*

Tên Ưu tiên của Người nộp Đơn*(Nếu khác tên pháp lý)* _____
(Ho) *(Ten goi)* *(Ten lot)*

Địa chỉ nhà *(Hoặc địa chỉ được biết gần đây nhất nếu người nộp đơn là vô gia cư):*

_____
(Số và đường phố) *(So phong)* *(thành phố)* *(tiểu bang)* *(Mã Bưu Chính)*

Địa chỉ gửi thư *(nếu khác với địa chỉ trên)*

_____
(Số và đường phố) *(So phong)* *(thành phố)* *(tiểu bang)* *(Mã Bưu Chính)*

Ngày sinh _____/_____/_____ **Tuổi** _____ **Giới tính** _____ **Tình trạng hôn nhân** _____
MM *DD* *YYYY*

Chủng tộc _____ **Dân tộc**_____ **Ngôn ngữ** _____

Các dịch vụ thông dịch cần có?	☐ Có	☐ Không	
➢ Nếu có, ai cần thông dịch viên	☐ Người nộp đơn	☐ Cha mẹ	☐ Người giám hộ
Đương đơn bị điếc hoặc khó nghe	☐ Có	☐ Không	
Đương đơn là người khiếm thị hợp pháp (tầm nhìn <20/200 hoặc hoàn toàn mù)	☐ Có	☐ Không	
Nếu từ 18 tuổi trở lên, xin đăng ký cử tri (tùy chọn):	☐ Có	☐ Không	☐ Không biết
Người nộp đơn đã phục vụ trong quân đội	☐ Có	☐ Không	☐ Không biết

(Vui lòng kiểm tra tất cả những điều dưới đây và cung cấp số điện thoại / địa chỉ e-mai)

☐ Ngày /làm việc ( ) _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn? ☐ Có ☐ Không
☐ Điện thoại tối ( ) _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn? ☐ Có ☐ Không
☐ di động ( ) _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn? ☐ Có ☐ Không
☐ e-mail _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn? ☐ Có ☐ Không

Người nộp đơn đã thông qua, hoặc trong quá trình nhận con nuôi? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Ngôn ngữ ưu tiên của Phụ Huynh / Người Giám Hộ (*nếu đương đơn dưới 18 tuổi*): _____

Nếu đương đơn dưới 18 tuổi, người **có quyền** nuôi con hợp pháp? ☐ Cha mẹ ☐ DCF ☐ tòa án chỉ định ☐ Tự (giải phóng)

Nếu đương đơn dưới 18 tuổi, người có quyền giám hộ vật lý? ☐ Cha mẹ ☐ DCF ☐ DYS ☐ Tự (giải phóng)

Bổ sung Thông Tin Liên Hệ *(Hãy Bao gồm Tiết Lộ Thông Tin cho mỗi người được liệt kê)*

Tên người liên lạc khẩn cấp _____

Mối quan hệ với người nộp đơn:_____ Điện thoại# _____
Địa chỉ: _____

Thông tin về cha mẹ / cơ quan **(1)** _____

Mối quan hệ với người nộp đơn:_____ Điện thoại #_____
Địa chỉ: _____

Thông tin về cha mẹ / cơ quan **(2)**_____

Mối quan hệ với người nộp đơn:_____ Điện thoại # _____
Địa chỉ:_____

Tình hình hiện tại :

Người nộp đơn hiện đang ở trong **bệnh viện / CBAT**?	☐ Có	☐ Không	Dự kiến ngày Xả: _____
➢ Nếu có, ở đâu ? _____			
Người nộp đơn hiện đang **vô gia cư**?	☐ Có	☐ Không	
➢ Nếu có, cơ quan liên quan, nếu có _____			
Người nộp đơn hiện đang bị **giam giữ**?	☐ Có	☐ Không	Dự kiến ngày Xả :_____
➢ Nếu có, ở đâu ? _____			
Người nộp đơn hiện đang **quản chế / CRA**?	☐ Có	☐ Không	
➢ Nếu có, Tên nhân viên quản chế : _____			

Nếu người nộp đơn là cha mẹ hoặc cha mẹ bậc, thì có trẻ em sống với bạn? ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

Người nộp đơn hiện đang tham gia với một cơ quan của tiểu bang hoặc liên bang khác (tức là VA)? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Nếu có, cơ quan nào? *Kiểm tra tất cả những điều áp dụng*

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

Cơ quan Liên hệ khác _____ Điện thoại # _____
Hãy Bao gồm Tiết Lộ Thông Tin *(Ho)* *(Ten goi)*

Cơ quan Liên hệ khác _____ Điện thoại #_____
Hãy Bao gồm Tiết Lộ Thông Tin *(Ho)* *(Ten goi)*

Thông tin giám hộ *(nếu có):*

Người nộp đơn có người giám hộ hợp pháp được chỉ định bởi tòa án? ☐ Có ☐ Không

- Nếu có, Loại Giám hộ: _____

Có DCF Guardian Mittimus tại chỗ? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

- Nếu có, loại? _____

Thông tin Quan trọng: *Nếu người nộp đơn có người giám hộ do tòa chỉ định, vui lòng nộp một bản sao của Nghị Định Giám Hộ với đơn này. Người giám hộ hợp pháp (cha mẹ hoặc người được chỉ định của tòa án) phải ký tên vào đơn và tất cả các Giấy uỷ quyền cho Việc công bố thông tin cho đơn xin giải quyết:*

Tên Người giám hộ hợp pháp_____ Mối quan hệ _____
(Ho) (Ten Goi) (Quan hệ với Người nộp đơn)

Địa chỉ của người giám hộ _____
(Số và đường phố) (So Phong) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã Bưu Chính)

Làm thế nào chúng ta có thể liên lạc với người giám hộ? *(Vui lòng kiểm tra tất cả những điều dưới đây và cung cấp số điện thoại / địa chỉ e-mail)*

☐ Ngày /làm việc	( ) _____	Chúng tôi có thể để lại tin nhắn ?	☐ Có ☐ Không
☐ Điện thoại tối	( ) _____	Chúng tôi có thể để lại tin nhắn ?	☐ Có ☐ Không
☐ Di động	( ) _____	Chúng tôi có thể để lại tin nhắn ?	☐ Có ☐ Không
☐ e-mail	_____	Chúng tôi có thể để lại tin nhắn?	☐ Có ☐ Không

Nguồn thu nhập

☐ Việc làm ☐ SSI ☐ An ninh xã hội ☐ Gia đình ☐ SSDI

☐ Không có nguồn thu nhập ☐ Cứu trợ khẩn cấp ☐ Khác (Vui lòng chỉ định): _____

Giáo dục / Trường học / Thông tin về trường

Người nộp đơn hiện đang học? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

- Nếu có, trường học và thành phố / thành phố _____

Ai là *Cơ quan Giáo dục Địa phương có trách nhiệm* (LEA)? _____

Người nộp đơn có một *Kế hoạch Giáo dục Cá nhân* (*IEP*)? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Nếu Có, loại dịch vụ giáo dục đặc biệt nào là người nộp đơn nhận? (Vui lòng kiểm tra tất cả những gì áp dụng.)
☐ Khu dân cư ☐ ngày ☐ Không biết
☐ Khác (Xin ghi rõ): _____

Đây có phải là 688 giới thiệu ? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Người nộp đơn có *Kế hoạch Nhà ở 504*? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Bảo hiểm y tế:

Bảo hiểm hiện tại (*đánh dấu tất cả những điều áp dụng*):

☐ **Medicare:** Số # _____

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

Kiểu: _____

Thuê bao: _____

➢ Người nộp đơn hiện đang theo học **Dịch vụ Sáng kiến Y tế Hành vi Trẻ em** (CBHI)? ☐ Có ☐ Không
Nếu "Có", vui lòng xác định những người đang nhận dịch vụ và Cơ quan Dịch vụ Cộng đồng (CSA) bên dưới.

- Tên của Cơ quan Phục vụ Cộng đồng (CSA): _____
- Người nhận dịch vụ CBHI hiện đang nhận: _____

➢ Người nộp đơn hiện đang theo học tại một **Tổ chức Chăm sóc Có Trách nhiệm** (ACO)? ☐ Có ☐ Không
Nếu "có", vui lòng xác định tên và thông tin liên lạc dưới đây.

_____

➢ Người nộp đơn hiện đang theo học tại một **Đối tác Cộng đồng về Sức khoẻ Hành vi** (BHCP)? ☐ Có ☐ Không
Nếu "có", vui lòng xác định tên và thông tin liên lạc dưới đây.

_____

☐ **Một Chăm sóc** (One Care)

Kế hoạch: _____

☐ **Thương mại / cá nhân** Số #: _____

Công ty bảo hiểm: _____

Thuê bao: _____

☐ **Không có Bảo hiểm Y tế** Đơn đăng ký bảo hiểm sức khoẻ đang chờ xử lý? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, xin vui lòng xác định bảo hiểm: _____

Nhà cung cấp chăm sóc sức khoẻ tâm thần ban đầu:

Xin cho biết ai là người cung cấp cho đương đơn những dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tâm thần thường xuyên. Nếu không có nguồn chăm sóc sức khoẻ tâm thần thông thường, hãy sử dụng phần này để chỉ ra nguồn chăm sóc sức khoẻ tâm thần gần đây nhất.

Nhà cung cấp dịch vụ Sức khoẻ Tâm thần Chính: _____
(Ho) *(Ten goi)*

Nhà cung cấp hiện tại? ☐ Có ☐ Không

Tên cơ quan : _____

Địa chỉ : _____
(Số và đường phố) *(Phong so)* *(Thành phố)* *(Tiểu bang)* *(Mã Bưu Chín)*

Số điện thoại : _____ Mở rộng : _____

Thông tin Chẩn đoán:

Người nộp đơn có chẩn đoán tâm thần hiện tại? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Nếu có, hãy liệt kê tất cả các chẩn đoán được biết:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Các hỗ trợ khác

Tên	Mối quan hệ *(ví dụ: gia đình, nhà trị liệu, giáo sĩ, v.v ...)*	Địa chỉ	Điện thoại	Phát hành thông tin bao gồm? (Có / Không)

Sức khoẻ thể chất tổng quát:

Xin cho biết ai là người chăm sóc y tế thường xuyên cho người nộp đơn. Nếu không có nguồn chăm sóc sức khoẻ y tế thông thường, hãy sử dụng phần này để chỉ ra nguồn chăm sóc y tế gần đây nhất.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ chính: _____Nhà cung cấp hiện tại? ☐ Có ☐ Không

Tên cơ quan: _____

Địa chỉ của nhà cung cấp: _____

Số điện thoại của nhà cung cấp: _____

Có bất kỳ vấn đề y tế nào cần được chăm sóc liên tục? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Đã bao giờ có một chẩn đoán của một vấn đề thần kinh? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

I Nếu "có", vui lòng mô tả bất kỳ vấn đề về y tế hoặc thần kinh hiện tại:

_____

_____

_____

Thuốc men

Người nộp đơn hiện đang dùng bất kỳ loại thuốc nào? ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Nếu có, hãy liệt kê các **loại thuốc, liều lượng** và **bác sĩ kê toa**:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tại sao người nộp đơn đăng ký dịch vụ ?

_____

_____

_____

Những loại dịch vụ nào là cần thiết ?

_____

_____

_____

_____

DMH DỊCH VỤ ỦY QUYỀN

- Tôi yêu cầu Sở Sức Khỏe Tâm Thần (DMH) tiến hành xác định ủy quyền dịch vụ DMH. Tôi đã đính kèm Giấy Phép Đã Ký Tên để Phát Hành Mẫu Thông Tin cho đơn này nếu cần. Tôi hiểu rằng DMH sẽ thu thập và xem xét hồ sơ bệnh án như là một phần của quá trình xác định. Tôi hiểu rằng tên và thông tin của tôi về tôi sẽ được bao gồm trong một hệ thống giữ hồ sơ DMH
- DMH có thể yêu cầu phỏng vấn cá nhân với tôi hoặc đánh giá lâm sàng trong trường hợp các hồ sơ lâm sàng sẵn có không đủ để đưa ra quyết định.
- Tôi sẽ được yêu cầu tiết lộ thông tin về thu nhập và bảo hiểm của tôi và có thể bị tính phí cho các dịch vụ theo khả năng của tôi để thanh toán.
- Tôi hiểu rằng quyết định của DMH có thể bị kháng cáo khi xác định người nộp đơn không được chấp thuận cho các dịch vụ vì họ không đáp ứng các tiêu chuẩn cho dịch vụ DMH.
- Tôi đã nhận được một bản sao của Thông Báo về *Các Nguyên Tắc Bảo Vệ Quyền Riêng tư của DMH* (kèm theo yêu cầu dịch vụ này).
- Tôi cho phép DMH thông báo về yêu cầu dịch vụ DMH của tôi với người được xác định bên dưới đã trợ giúp cho ứng dụng này. Sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi đơn đăng ký của tôi được xử lý đầy đủ hoặc tôi thông báo cho DMH bằng văn bản rằng tôi rút lại nó .

Ký

_____ _____ _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người giám hộ hợp pháp của người đó *Tên Người nộp Đơn (Xin In)* *Ngày ký*

- Đã ký bởi: ☐ Cha mẹ ☐ Người giám hộ hợp pháp ☐ Người nộp đơn nếu người trưởng thành hoặc người được giải phóng
- Quyền giám hộ hoặc tài liệu DCF Mittimus đính kèm? ☐Có ☐Không ☐ Không biết

---

Người trợ giúp người nộp đơn

Phần này phải được điền bởi người cung cấp dịch vụ hoặc người khác trợ giúp người nộp đơn.

Tên _____ Mối quan hệ _____
(Ho) (Ten Goi) (Mối quan hệ với ứng viên)

Tên cơ quan: _____

Địa chỉ: _____
(Số và đường phố) (Phong so) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã Bưu Chính)

Điện thoại# _____ ☐ Ngày ☐ Tối ☐ Điện thoại di động

CHƯƠNG TRÌNH HOẶC CƠ SỞ nộp đơn

Phần này sẽ được hoàn thành bởi chương trình hoặc cơ sở nộp đơn thay mặt cho người nộp đơn.

_____ _____

Tên chương trình hoặc cơ sở *Tên của người nộp đơn*

☐ Người nộp đơn / người giám hộ đã được thông báo về _____ một đơn đã được nộp thay cho họ và họ không phản đối..
☐ Người nộp đơn không đủ năng lực và một đơn xin giám hộ đã được nộp lên tòa án thích hợp (bản sao của bản kiến nghị đính kèm)

Ký

_____ _____

Chữ ký và tên của người nộp đơn *In Tên người nộp đơn*

ĐƠN XIN THÔNG TIN Y TẾ

Là một phần của yêu cầu cho quá trình xác định Dịch vụ của DMH, DMH sẽ xem xét tất cả các hồ sơ về chăm sóc sức khoẻ tâm thần hiện có của người nộp đơn. **Vui lòng gửi mẫu ủy quyền cho Phóng thông tin có chữ ký cùng với đơn**.

1. Vui lòng nộp một Phép cho *Phép cho Phiếu thông tin* cho **mỗi nhà cung cấp dịch vụ** chăm sóc sức khoẻ tâm thần. Nếu chăm sóc sức khoẻ tâm thần được cung cấp thông qua một phòng khám, xin vui lòng xác định một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính tại phòng khám đó. Làm thêm các bản sao của mẫu đơn này nếu cần..
2. Ngoài ra, xin vui lòng **gửi mẫu** Phép cho *Phiếu thông tin cho bất kỳ thông tin* lâm sàng nào khác mà người **nộp đơn muốn xem xét như một phần của quyết định**. Làm thêm các bản sao của mẫu đơn này nếu cần.
3. Vui lòng **kiểm tra tính chính xác** của tên, địa chỉ và số điện thoại của nhà cung cấp trên mỗi bản phát hành. Tên, địa chỉ và số điện thoại chính xác sẽ giúp đẩy nhanh quá trình xem xét.
4. Hãy chắc chắn để bắt đầu và ký tất cả các khu vực về việc phát hành thông tin (bao gồm cả phần phát hành có thẩm quyền đặc biệt)

Có bao nhiêu giấy phép cho việc phát hành các mẫu thông tin đang được nộp cùng với ứng dụng này? ☐

DMH cũng sẽ xem xét hồ sơ bệnh án mà người nộp đơn hoặc những người trợ giúp người nộp đơn có thể có trong tài sản của họ và muốn nộp để xem xét.

5. Vui lòng hoàn tất và ký tên vào mẫu Phép cho Phiếu thông tin cho từng hồ sơ bệnh án đính kèm trong đơn này trong trường hợp nhân viên của DMH cần làm rõ các thông tin trong báo cáo
6. Không thể hoàn trả bản sao hồ sơ y tế vì vậy đừng gửi bản sao gốc.

Có bao nhiêu bản sao của báo cáo y khoa được đính kèm với đơn này? ☐

Ủy Quyền cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

1. Bệnh Nhân / Thông tin Người Nộp Đơn

Tên Họ: _____ Những tên gọi khác: _____
Địa chỉ đường: _____ Số Phòng appartment: _____
Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip Mã: _____
Số an sinh xã hội: _____ Ngày sinh: _____
Số điện thoại: _____

2. Ủy quyền cho phát hành: Tôi ủy quyền cho Bộ Y Tế Tâm Thần (DMH) được quyền nhận và phát hành thông tin, kể cả những thông tin bí mật, đến hoặc đến từ Cá nhân, Cơ quan đại diện hay Cơ sở có tên dưới đây, hoặc bằng nói miệng hoặc qua văn bản.

Cá nhân, Cơ quan đại diện hoặc Cơ Sở	Phần Dịch vụ Ủy quyền của DMH
(ví dụ, Tên và địa chỉ của bệnh viện, chuyên gia y tế cho bệnh nhân ngoại trú, Chương trình cư trú, hoặc những điều khác) Tên: _____ Lưu ý gởi đến: _____ Đường: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang/ Zip Mã: _____ Điện thoại: _____ Fax: _____	

3. Đánh dấu những thông tin nào quí vị muốn chia xẻ: (đánh dấu tất cả những ô thích ứng)

☐ Chẩn đoán Tâm Thần và Trị liệu được cung cấp bởi Bác sĩ Tâm Thần; Tâm Lý Gia, Y Tá Chuyên gia ngành Y Tế Tâm thần, Cán sự Xã Hội Tư Vấn có đăng ký và những chuyên gia có đăng ký cung cấp dịch vụ Y Tế Tâm Thần khác.		
☐ Toàn thể hồ sơ bệnh tâm thần, *Ngoại trừ những ghi chú Liệu pháp Tâm Thần vì cần một tờ uỷ quyền riêng*		
☐ Bản Tóm lược Xuất viện		☐ Kế hoạch điều trị
☐ ISPs & IAPs	☐ Kiểm tra tâm thần kinh	☐ Tóm lược chuyển giao
☐ Hồ Sơ Nhập viện	☐ Khám tổng quát	☐ Hồ sơ Xét Nghiệm

☐ Điều khác (Xin ghi rõ) / Bổ sung thông tin: _____
_____

4. Khoảng thời gian nào trong thông tin mà quí vị muốn chia xẻ (Xin ghi rõ ngày tháng Hoặc là chọn khoảng thời gian 3 năm bằng cách đánh dấu và ô)

Ngày của thông tin được yêu cầu: Từ: _____ Đến: _____

Hoặc ☐ trong thời gian 3 năm kể từ ngày uỷ quyền này.

Ủy Quyền cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

Bệnh Nhân / Tên Người Nộp Đơn: _____

5. Xin *đánh dấu* để biểu thị sự đồng ý cho phép phát hành những thông tin dưới đây nếu có hiện diện trong hồ sơ của quí vị (*đánh dấu* những điều nào thích hợp)
☐ Kết quả xét nghiệm HIV (Cần sự Uỷ Quyền mỗi lần yêu cầu phát hành).
☐ Những Hồ sơ về Lạm Dụng Rượu và Thuốc Cấm được bảo vệ bởi Luật Giữ Kín Thông Tin của Liên Bang CFR phần2. Luật Liên Bang cấm tiết lộ bất cứ điều gì về thông tin này ngoại trừ sự tiết lộ đó được uỷ quyền trên văn bản qua sự cho phép của đượng sự hoặc được cho phép bởi luật 42 CFR Part 2.

Mục đích của sự phát hành: Dịch vụ Uỷ Quyền.

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền thu hồi sự uỷ quyền này bất cứ lúc nào.
- Nếu tôi rút lại sự uỷ quyền này, tôi phải làm điều đó qua văn bản và trình lên DMH ở tại địa chỉ của DMH có ghi rõ trên trang một hoặc tại văn phòng DMH nơi khu vực tôi sống. (Có thể tìm thấy văn phòng DMH khu vực tại www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; Gọi 1-800-221-0053; hoặc gởi điện thư tới dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- Việc thu hồi không áp dụng được cho những thông tin đã được phát hành xong xuôi sau sự uỷ quyền.
- Việc thu hồi không áp dụng được cho hãng bảo hiểm của tôi khi luật pháp cho phép hãng bảo hiểm có quyền bác bỏ đơn kiện căn cứ vào hợp đồng bảo hiểm của tôi.
- Một khi thông tin trên đã được phát hành, người nhận có thể tiết lộ nó ra lần nữa và thông tin sẽ không được bảo vệ bởi luật liên bang hay luật riêng tư hay qui phạm tiểu bang.
- Sự uỷ quyền tiết lộ thông tin trên đây là tự nguyện.
- Tôi không cần phải ký tờ giấy này mới nhận được sự trị liệu hay những dịch vụ từ DMH và/hoặc từ cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác; Tuy nhiên, sự thiếu đi khả năng chia xẻ thông tin có thể ngăn cản DMH, và/ hoặc cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác trong việc cung cấp những sự chăm sóc phù hợp và cần thiết.

Sự ủy quyền này sẽ hết hạn vào (xin ghi rõ ngày, khoảng thời gian hoặc biến cố _____
Nếu không có ghi gì hết thì nó sẽ hết hạn bởi một trong hai điều sau đây (i) một năm kể từ ngày ký đơn; hoặc (ii) nếu trong trường hợp, tôi không còn nhận dịch vụ từ DMH nữa.

6. Chữ ký / Ủy quyền: Ký và cung cấp những thông tin đòi hỏi dưới đây.

X _____ _____
Chữ ký của quí vi hoặc của Người Đại DiệnCá Nhân Ngày

_____
Xin Viết chữ IN tên của người ký

Cần phải cung cấp thông tin dưới đây nếu được ký bởi người đại diên cá nhân:

Loại của quyền được ký (ví dụ: được chỉ định bởi tòa, cha me giám hộ): _____

Nếu được chỉ định bởi tòa, xin cung cấp chỉ thị của tòa.

Ủy Quyền cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

1. Bệnh Nhân / Thông tin Người Nộp Đơn

Tên Họ: _____ Những tên gọi khác: _____
Địa chỉ đường: _____ Số Phòng appartment: _____
Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip Mã: _____
Số an sinh xã hội: _____ Ngày sinh: _____
Số điện thoại: _____

2. Ủy quyền cho phát hành: Tôi ủy quyền cho Bộ Y Tế Tâm Thần (DMH) được quyền nhận và phát hành thông tin, kể cả những thông tin bí mật, đến hoặc đến từ Cá nhân, Cơ quan đại diện hay Cơ sở có tên dưới đây, hoặc bằng nói miệng hoặc qua văn bản.

Cá nhân, Cơ quan đại diện hoặc Cơ Sở	Phần Dịch vụ Ủy quyền của DMH
(ví dụ, Tên và địa chỉ của bệnh viện, chuyên gia y tế cho bệnh nhân ngoại trú, Chương trình cư trú, hoặc những điều khác) Tên: _____ Lưu ý gởi đến: _____ Đường: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang/ Zip Mã: _____ Điện thoại: _____ Fax: _____	

3. Đánh dấu những thông tin nào quí vị muốn chia xẻ: (đánh dấu tất cả những ô thích ứng)

☐ Chẩn đoán Tâm Thần và Trị liệu được cung cấp bởi Bác sĩ Tâm Thần; Tâm Lý Gia, Y Tá Chuyên gia ngành Y Tế Tâm thần, Cán sự Xã Hội Tư Vấn có đăng ký và những chuyên gia có đăng ký cung cấp dịch vụ Y Tế Tâm Thần khác.

☐ Toàn thể hồ sơ bệnh tâm thần, *Ngoại trừ những ghi chú Liệu pháp Tâm Thần vì cần một tờ uỷ quyền riêng*

☐ Bản Tóm lược Xuất viện		☐ Kế hoạch điều trị
☐ ISPs & IAPs	☐ Kiểm tra tâm thần kinh	☐ Tóm lược chuyển giao
☐ Hồ Sơ Nhập viện	☐ Khám tổng quát	☐ Hồ sơ Xét Nghiệm

☐ Điều khác (Xin ghi rõ) / Bổ sung thông tin: _____
_____

4. Khoảng thời gian nào trong thông tin mà quí vị muốn chia xẻ (Xin ghi rõ ngày tháng Hoặc là chọn khoảng thời gian 3 năm bằng cách đánh dấu và ô)

Ngày của thông tin được yêu cầu: Từ: _____ Đến: _____

Hoặc ☐ trong thời gian 3 năm kể từ ngày uỷ quyền này.

Ủy Quyền cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

Bệnh Nhân / Tên Người Nộp Đơn: _____

5. Xin *đánh dấu* để biểu thị sự đồng ý cho phép phát hành những thông tin dưới đây nếu có hiện diện trong hồ sơ của quí vị (*đánh dấu* những điều nào thích hợp)
☐ Kết quả xét nghiệm HIV (Cần sự Uỷ Quyền mỗi lần yêu cầu phát hành).
☐ Những Hồ sơ về Lạm Dụng Rượu và Thuốc Cấm được bảo vệ bởi Luật Giữ Kín Thông Tin của Liên Bang CFR phần2. Luật Liên Bang cấm tiết lộ bất cứ điều gì về thông tin này ngoại trừ sự tiết lộ đó được uỷ quyền trên văn bản qua sự cho phép của đượng sự hoặc được cho phép bởi luật 42 CFR Part 2.

Mục đích của sự phát hành: Dịch vụ Uỷ Quyền.

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền thu hồi sự uỷ quyền này bất cứ lúc nào.
- Nếu tôi rút lại sự uỷ quyền này, tôi phải làm điều đó qua văn bản và trình lên DMH ở tại địa chỉ của DMH có ghi rõ trên trang một hoặc tại văn phòng DMH nơi khu vực tôi sống. (Có thể tìm thấy văn phòng DMH khu vực tại www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; Gọi 1-800-221-0053; hoặc gởi điện thư tới dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- Việc thu hồi không áp dụng được cho những thông tin đã được phát hành xong xuôi sau sự uỷ quyền.
- Việc thu hồi không áp dụng được cho hãng bảo hiểm của tôi khi luật pháp cho phép hãng bảo hiểm có quyền bác bỏ đơn kiện căn cứ vào hợp đồng bảo hiểm của tôi.
- Một khi thông tin trên đã được phát hành, người nhận có thể tiết lộ nó ra lần nữa và thông tin sẽ không được bảo vệ bởi luật liên bang hay luật riêng tư hay qui phạm tiểu bang.
- Sự uỷ quyền tiết lộ thông tin trên đây là tự nguyện.
- Tôi không cần phải ký tờ giấy này mới nhận được sự trị liệu hay những dịch vụ từ DMH và/hoặc từ cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác; Tuy nhiên, sự thiếu đi khả năng chia xẻ thông tin có thể ngăn cản DMH, và/ hoặc cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác trong việc cung cấp những sự chăm sóc phù hợp và cần thiết.

Sự ủy quyền này sẽ hết hạn vào (xin ghi rõ ngày, khoảng thời gian hoặc biến cố _____
Nếu không có ghi gì hết thì nó sẽ hết hạn bởi một trong hai điều sau đây (i) một năm kể từ ngày ký đơn; hoặc (ii) nếu trong trường hợp, tôi không còn nhận dịch vụ từ DMH nữa.

6. Chữ ký / Ủy quyền: Ký và cung cấp những thông tin đòi hỏi dưới đây.

X _____ _____
Chữ ký của quí vi hoặc của Người Đại DiệnCá Nhân Ngày

_____
Xin Viết chữ IN tên của người ký

Cần phải cung cấp thông tin dưới đây nếu được ký bởi người đại diên cá nhân:

Loại của quyền được ký (ví dụ: được chỉ định bởi tòa, cha me giám hộ): _____

Nếu được chỉ định bởi tòa, xin cung cấp chỉ thị của tòa.

Ủy Quyền cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

1. Bệnh Nhân / Thông tin Người Nộp Đơn

Tên Họ: _____ Những tên gọi khác: _____
Địa chỉ đường: _____ Số Phòng appartment: _____
Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip Mã: _____
Số an sinh xã hội: _____ Ngày sinh: _____
Số điện thoại: _____

2. Ủy quyền cho phát hành: Tôi ủy quyền cho Bộ Y Tế Tâm Thần (DMH) được quyền nhận và phát hành thông tin, kể cả những thông tin bí mật, đến hoặc đến từ Cá nhân, Cơ quan đại diện hay Cơ sở có tên dưới đây, hoặc bằng nói miệng hoặc qua văn bản.

Cá nhân, Cơ quan đại diện hoặc Cơ Sở	Phần Dịch vụ Ủy quyền của DMH
(ví dụ, Tên và địa chỉ của bệnh viện, chuyên gia y tế cho bệnh nhân ngoại trú, Chương trình cư trú, hoặc những điều khác) Tên: _____ Lưu ý gởi đến: _____ Đường: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang/ Zip Mã: _____ Điện thoại: _____ Fax: _____	

3. Đánh dấu những thông tin nào quí vị muốn chia xẻ: (đánh dấu tất cả những ô thích ứng)

☐ Chẩn đoán Tâm Thần và Trị liệu được cung cấp bởi Bác sĩ Tâm Thần; Tâm Lý Gia, Y Tá Chuyên gia ngành Y Tế Tâm thần, Cán sự Xã Hội Tư Vấn có đăng ký và những chuyên gia có đăng ký cung cấp dịch vụ Y Tế Tâm Thần khác.

☐ Toàn thể hồ sơ bệnh tâm thần, *Ngoại trừ những ghi chú Liệu pháp Tâm Thần vì cần một tờ uỷ quyền riêng*

☐ Bản Tóm lược Xuất viện		☐ Kế hoạch điều trị
☐ ISPs & IAPs	☐ Kiểm tra tâm thần kinh	☐ Tóm lược chuyển giao
☐ Hồ Sơ Nhập viện	☐ Khám tổng quát	☐ Hồ sơ Xét Nghiệm

☐ Điều khác (Xin ghi rõ) / Bổ sung thông tin: _____
_____

4. Khoảng thời gian nào trong thông tin mà quí vị muốn chia xẻ (Xin ghi rõ ngày tháng Hoặc là chọn khoảng thời gian 3 năm bằng cách đánh dấu và ô)

Ngày của thông tin được yêu cầu: Từ: _____ Đến: _____

Hoặc ☐ trong thời gian 3 năm kể từ ngày uỷ quyền này.

Ủy Quyền cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

Bệnh Nhân / Tên Người Nộp Đơn: _____

5. Xin *đánh dấu* để biểu thị sự đồng ý cho phép phát hành những thông tin dưới đây nếu có hiện diện trong hồ sơ của quí vị (*đánh dấu* những điều nào thích hợp)
☐ Kết quả xét nghiệm HIV (Cần sự Uỷ Quyền mỗi lần yêu cầu phát hành).
☐ Những Hồ sơ về Lạm Dụng Rượu và Thuốc Cấm được bảo vệ bởi Luật Giữ Kín Thông Tin của Liên Bang CFR phần2. Luật Liên Bang cấm tiết lộ bất cứ điều gì về thông tin này ngoại trừ sự tiết lộ đó được uỷ quyền trên văn bản qua sự cho phép của đượng sự hoặc được cho phép bởi luật 42 CFR Part 2.

Mục đích của sự phát hành: Dịch vụ Uỷ Quyền.

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có qưyền thu hồi sự uỷ quyền này bất cứ lúc nào.
- Nếu tôi rút lại sự uỷ quyền này, tôi phải làm điều đó qua văn bản và trình lên DMH ở tại địa chỉ của DMH có ghi rõ trên trang một hoặc tại văn phòng DMH nơi khu vực tôi sống. (Có thể tìm thấy văn phòng DMH khu vực tại www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; Gọi 1-800-221-0053; hoặc gởi điện thư tới dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- Việc thu hồi không áp dụng được cho những thông tin đã được phát hành xong xuôi sau sự uỷ quyền.
- Việc thu hồi không áp dụng được cho hãng bảo hiểm của tôi khi luật pháp cho phép hãng bảo hiểm có quyền bác bỏ đơn kiện căn cứ vào hợp đồng bảo hiểm của tôi.
- Một khi thông tin trên đã được phát hành, người nhận có thể tiết lộ nó ra lần nữa và thông tin sẽ không được bảo vệ bởi luật liên bang hay luật riêng tư hay qui phạm tiểu bang.
- Sư uỷ quyền tiết lộ thông tin trên đây là tự nguyện.
- Tôi không cần phải ký tờ giấy này mới nhận được sự trị liệu hay những dịch vụ từ DMH và/hoặc từ cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác; Tuy nhiên, sự thiếu đi khả năng chia xẻ thông tin có thể ngăn cản DMH, và/ hoặc cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác trong việc cung cấp những sự chăm sóc phù hợp và cần thiết.

Sự ủy quyền này sẽ hết hạn vào (xin ghi rõ ngày, khoảng thời gian hoặc biến cố _____
Nếu không có ghi gì hết thì nó sẽ hết hạn bởi một trong hai điều sau đây (i) một năm kể từ ngày ký đơn; hoặc (ii) nếu trong trường hợp, tôi không còn nhận dịch vụ từ DMH nữa.

6. Chữ ký / Ủy quyền: Ký và cung cấp những thông tin đòi hỏi dưới đây.

X _____ _____
Chữ ký của quí vi hoặc của Người Đại DiệnCá Nhân Ngày

_____
Xin Viết chữ IN tên của người ký

Cần phải cung cấp thông tin dưới đây nếu được ký bởi người đại diên cá nhân:

Loại của quyền được ký (ví dụ: được chỉ định bởi tòa, cha me giám hộ): _____

Nếu được chỉ định bởi tòa, xin cung cấp chỉ thị của tòa.

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO MÔ TẢ CÁCH THỨC CÁC THÔNG TIN SỨC KHOẺ CỦA QUÝ VỊ
CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ VÀ
CÁCH THỨC QUÝ VỊ CÓ THỂ TRUY CẬP THÔNG TIN NÀY.
VUI LÒNG ĐỌC KỸ THÔNG BÁO NÀY.

Ngày có hiệu lực: Ngày 15 tháng 5 năm 2018

Quyền Riêng Tư

The Department of Mental Health (DMH) – Bộ Y Tế Tâm Thần được yêu cầu bởi luật tiểu bang và liên bang để duy trì quyền riêng tư và bảo mật Thông Tin Sức Khoẻ Được Bảo Vệ của quý vị (PHI). Quyền bảo mật Thông Tin Sức Khoẻ Được Bảo Vệ của quý vị bao gồm bất kỳ những thông tin cá nhân nhận biết về mặt thể chất và tinh thần, chăm sóc sức khoẻ mà quý vị được nhận, và khoản thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của quý vị. Thông tin về sức khoẻ của quý vị nhận được từ những nhà cung cấp dịch vụ khác có thể được đưa vào Thông Tin Sức Khoẻ Được Bảo Vệ.

Bộ Y Tế Tâm Thần theo yêu cầu của pháp luật để cung cấp thông báo cho quý vị biết về quyền sử dụng và tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ và quyền được giữ kín đáo về dữ kiện sức khoẻ của quý vị. Chúng tôi phải tuân theo các thực hiện về riêng tư như được nêu trong Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư mới nhất.

Thay Đổi Các Điều Khoản trong Thông Báo này

Chúng tôi có thể thay đổi thực hành quyền riêng tư và các điều khoản của thong báo này bất cứ lúc nào. Những thay đổi sẽ được áp dụng cho thông tin sức khoẻ bảo vệ khi chúng tôi đã có, và cũng như thông tin sức khoẻ bảo vệ mà chúng tôi nhận được trong tương lai. Thông báo bảo mật mới nhất sẽ được đăng trong các cơ sở và chương trình của Bộ Y Tế Tâm Thần, và trên trang mạng của Bộ Y Tế Tâm Thần (www.state.ma.us/dmh), và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao theo yêu cầu của quý vị. Mọi thông báo bảo mật sẽ được ghi ngày.

Bộ Y Tế Tâm Thần (DMH) sử dụng và chia sẻ Thông Tin Sức Khoẻ Bảo Vệ (PHI) của quý vị như thế nào

Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẽ các thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị trong các mục đích sau:

1. **Giúp quản lý dịch vụ điều trị chăm sóc sức khoẻ mà quý vị nhận được**- Chúng tôi có thể sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ của quý vị cho các bác sĩ, y tá, dân trú hoặc sinh viên và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Có liên quan đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ liên quan của quý vị. Thông tin sức khoẻ của quý vị sẽ được chúng tôi sử dụng để hỗ trợ trong việc xây dựng kế hoạch điều trị và / hoặc dịch vụ của quý vị và tiến hành các đánh giá định kỳ. Thông tin sức khoẻ của quý vị có thể được tiết lộ cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác và các nhà cung cấp để nhận đơn thuốc, công việc trong phòng thí nghiệm, tham vấn và các dịch vụ khác cần thiết cho việc chăm sóc của quý vị.

2. **Thanh Toán các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của quý vị** - Chúng tôi có thể sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị để lập hoá đơn và thu tiền thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ các phần thông tin sức khoẻ của quý vị cho chương trình Medicaid, Medicare hoặc bên thứ ba thanh toán và để giúp chúng tôi xác định xem họ có thanh toán hay không, để được chấp thuận trước và hỗ trợ bất kỳ hóa đơn khiếu nại nào.

3. **Điều hành tổ chức chăm sóc sức khoẻ**- Chúng tôi có thể sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị để hỗ trợ các hoạt động như lập kế hoạch, quản lý hoạt động hành chính, tiếp nhận và trả lời các khiếu nại, các chương trình phù hợp như Medicare, kiểm toán, đào tạo và chứng nhận của các chuyên gia chăm sóc sức khoẻ, và giấy chứng nhận và giấy công nhận (ví dụ: The Joint Commission).

4. **Lời nhắc cuộc hẹn cho quý vị** - Chúng tôi có thể sử dụng thông tin sức khoẻ bảo vệ để nhắc quý vị về cuộc hẹn hoặc hướng dẫn và cung cấp cho quý vị những thông tin về các lựa chọn điều trị hoặc các lợi ích và dịch vụ liên quan đến sức khoẻ khác mà quý vị có thể quan tâm đến.

5. **Cộng tác viên**- Chúng tôi có thể sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị cho các nhà tài trợ, đại lý và các đối tác kinh doanh khác, những người cần thông tin để hỗ trợ thông tin sức khoẻ bảo vệ với việc thanh toán hoặc thực hiện các hoạt động kinh doanh. Nếu chúng tôi tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị cho một công ty kinh doanh, chúng sẽ có hợp đồng bằng văn bản với công ty kinh doanh đó để đảm bảo rằng họ cũng sẽ bảo vệ thông tin sức khoẻ của quý vị.

6. **Gia đình và bạn bè/ giáo sĩ-** Chúng tôi có thể tiết lộ một số thông tin hạn chế về sức khoẻ của quý vị cho các mục đích sau:
   - **Giáo sĩ** – Nếu quý vị đồng ý, bằng lời nói hay cách khác, liên kết tôn giáo của quý vị có thể được tiết lộ cho giáo sĩ.
   - **Đối với gia đình, bạn bè, hoặc những người khác** – Nếu quý vị đồng ý hoặc không phản đối, thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị có thể được tiết lộ cho những người liên quan đến việc chăm sóc hoặc thanh toán cho quý vị nếu có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của quý vị trong việc chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị**.**

7. **Theo yêu cầu của pháp luật-** Chúng tôi có thể sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị theo yêu cầu của pháp luật, chẳng hạn như báo cáo phạm tội nghiêm trọng trên cơ sở pháp luật, theo lệnh của toà án, báo cáo về lạm dụng hoặc bỏ bê, và các tình huống khác mà chúng tôi được yêu cầu báo cáo và/ hoặc tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị theo một đạo luật hoặc quy định.

8. **Kiện tụng và tranh chấp-** Nếu quý vị mang một hành động pháp lý hoặc thủ tục tố tụng khác đối với Bộ Y Tế Tâm Thần hoặc nhân viên hoặc nhà trung gian của chúng tôi, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị để tự bảo về quyền lợi của chúng tôi.

9. **Những mục đích khác**- Chúng tôi có thể sử dụng/ tiết lộ:
   - Đối với thủ tục giám hộ hoặc cam kết;
   - Đối với các thủ tục tố tụng tư pháp và hành chính khác nếu đáp ứng các tiêu chí nhất định;
   - Để các cơ quan y tế công cộng nhận được các báo cáo về hành vi ngược đãi hoặc bỏ bê;
   - Đối với mục đích nghiên cứu, theo đánh giá nội bộ nghiêm ngặt;
   - Để ngăn chặn một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hoặc an toàn của quý vị;
   - Đối với những người liên quan đến việc chăm sóc sức khoẻ của quý vị trong tình huống khẩn cấp nếu đáp ứng các tiêu chí nhất định;
   - Đối với các cơ quan cải huấn nếu quý vị là tù nhân hoặc quý vị bị một viên chức thực thi pháp luật giam giữ, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị cho nhân viên trại giam hoặc nhân viên thực thi pháp luật nếu cần thiết để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc để duy trì an toàn, an ninh và trật tự tốt nơi quý vị bị giam giữ;
   - Cho cán bộ y tế công cộng được ủy quyền cho các hoạt động y tế công cộng như theo dõi bệnh tật và báo cáo số liệu thống kê quan trọng;
   - Cho các cơ quan chính phủ được phép thực hiện kiểm toán, điều tra các cơ sở của chúng tôi. Các cơ quan chính phủ này giám sát hoạt động của hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình trợ cấp của chính phủ như Medicare và Medicaid, và tuân thủ các chương trình pháp lý của chính phủ và luật dân quyền;
   - Đối với yêu cầu bồi thường lao động;
   - Đối với một số chức năng chính phủ chuyên biệt nhất định nếu đáp ứng các tiêu chí nhất định;
   - Trong sự kiện không may, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khoẻ của quý vị cho các nhân viên y tế, giám định y khoa, giám đốc tang lễ khi có trường hợp tử vong.

Sử Dụng/ Tiết Lộ Thông Tin Đồi Hỏi Văn Bản Uỷ Quyền

Bộ Y Tế Tâm Thần bắt buộc phải có văn bản uỷ quyền từ quý vị hoặc người đại diện cá nhân được uỷ quyền hợp pháp của quý vị để sử dụng/ tiết lộ cho các mục đích hoạt động điều trị, thanh toán, và chăm sóc sức khoẻ, trừ khi một ngoại lệ được liệt kê ở trên được áp dụng. Quý vị có thể huỷ bỏ văn bản uỷ quyền bất kỳ lúc nào, bằng cách nộp đơn huỷ bỏ văn bản uỷ quyền. Chúng tôi sẽ dừng sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị trong tương lai, trừ khi quý vị cho phép chúng tôi quyền sử dụng thông tin sức khoẻ của quý vị.

Cần có sự cho phép đối với hầu hết cách sử dụng/ tiết lộ các thông tin tâm lý trị liệu (Những giữ liệu sẽ được một số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hành vi chuyên nghiệp lưu giữ như cuộc hẹn của quý vị với họ nhưng không được ghi lại trong hồ sơ y tế của quý vị) Có những luật đặc biệt bảo vệ một số loại thông tin sức khoẻ như dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tâm thần, điều trị rối loạn sử dụng dược chất, xét nghiệm và điều trị HIV/AIDS, và một số thông tin di truyền, ngay cả khi sự tiết lộ là được thực hiện cho mục đích điều trị, thanh toán, hoặc chăm sóc sức khoẻ như được mô tả trên.

Mặc dù việc sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ của quý vị không được chúng tôi dự tính. Chúng tôi cần sự đồng ý của quý vị cho việc sử dụng/ tiết lộ thông tin sức khoẻ bảo vệ của quý vị cho tiếp thị với mục đích gây quỹ. Chúng tôi sẽ không bao giờ tiếp thị hoặc bán thông tin cá nhân của quý vị.

Quyền của Quý Vị

Quý vị hoặc người uỷ quyền trên pháp lý của quý vị có một số quyền nhất định:

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sử dụng địa chỉ hoặc số điện thoại cụ thể để liên lạc với quý vị. Chúng tôi sẽ cố gắng đáp ứng tất cả các yêu cầu hợp lý.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa chữa các hồ sơ y tế của quý vị nếu quý vị nghĩ rằng cá hồ sơ này không chính xác hoặc không đầy đủ.
- Quý vị có thể yêu cầu được xem hoặc nhận bản sao hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị cùng các thông tin sức khỏe khác mà chúng tôi có về quý vị. Hãy hỏi chúng tôi cách làm điều này. Chúng tôi sẽ cung cấp một bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Chúng tôi có thể tính một mức phí hợp lý dựa trên chi phí. Nếu chúng tôi cần them thời gian để trả lời, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong vòng 30 ngày để giải thích lý do về sự chậm trễ và cho quý vị biết khi nào quý vị có thể nhận được bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị. **Yêu cầu phải được thực hiện bằng văn bản.**
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi sửa chữa các hồ sơ y tế của quý vị nếu quý vị nghĩ rằng các hồ sơ này không chính xác hoặc không đầy đủ. Chúng tôi có thể "từ chối" yêu cầu của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ trả lời bằng văn bản cho quý vị giải thích lý do tại sao trong vòng 60 ngày. **Yêu cầu phải được thực hiện bằng văn bản.**
- Quý vị có thể yêu cầu danh sách (bản kê) về những lần chúng tôi đã chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị trong vòng sáu năm trước ngày quý vị yêu cầu, về việc chúng tôi đã chia sẻ các thông tin đó với ai và lý do tại sao. Danh sách (bản kê) sẽ không tiết lộ bao gồm: (1) được thực hiện cho quý vị và người đại diện cho quý vị; (2) được uỷ quyền và được chấp thuận bởi quý vị; (3) được thực hiện cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe; và (4) một số yêu cầu của pháp luật phải được thực hiện. Thông thường chúng tôi sẽ trả lời yêu cầu của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Nếu chúng tôi cần them thời gian để trả lời, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong vòng 60 ngày để giải thích lý do về sự chậm trễ và cho quý vị biết khi nào quý vị có thể nhận được bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ y tế và hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của quý vị. **Yêu cầu phải được thực hiện bằng văn bản.**
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ một số thông tin sức khỏe cho việc điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động khác của chúng tôi. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị và chúng tôi có thể "từ chối" nếu yêu cầu của quý vị có thể ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Trừ khi, chúng tôi được pháp luật yêu cầu tiết lộ về thông tin sức khoẻ của quý vị. **Yêu cầu phải được thực hiện bằng văn bản.**

Các yêu cầu trên có thể được thực hiện tại hoặc gửi cho bất kỳ cơ sở hoặc văn phòng Y Tế Tâm Thần nào.

Duy Giữ Hồ Sơ

Hồ sơ cá nhân của quý vị sẽ được giữ lại tối thiểu là 20 năm kể từ ngày cuối cùng quý vị nhận được dịch vụ từ cơ sở điều trị nội trú Bộ Y Tế Tâm Thần và / hoặc từ các dịch vụ cộng đồng được điều hành bởi Bộ Y Tế Tâm Thần. Sau thời gian đó, hồ sơ của quý vị có thể bị phá hủy.

Vi Phạm của Thông Tin Sức Khoẻ Bảo Vệ

Bộ Y Tế Tâm Thần sẽ thông báo cho quý vị nếu vi phạm quyền thông tin sức khoẻ bảo vệ không được bảo đảm của quý vị xảy ra.

Khiếu Nại

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư hoặc quyền riêng tư của quý vị đã bị vi phạm hoặc quý vị muốn gửi đơn khiếu nại, quý vị có thể liên hệ: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Phone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8242. Đơn khiếu nại phải được lập thành văn bản.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Bộ trưởng Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (the Secretary of Health and Human Services), Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203.

Không ai có thể làm bất lợi cho quý vị vì đã nộp đơn khiếu nại hoặc thực hiện các quyền của quý vị như được nói trong thông báo này.

Thông Tin Liên Hệ về Quyền Riêng Tư

Nếu quý vị muốn cơ them thông tin về thực hành quyền riêng tư của Bộ Y Tế Tâm Thần, hoặc nếu quý vị muốn thực hiện quyền của quý vị, quý vị có thể liên hệ: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Phone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131. Đơn khiếu nại phải được lập thành văn bản.

Quý vị có thể liên hệ với văn phòng hồ sơ y tế của cơ sở Bộ Y Tế Tâm Thần (cho hồ sơ của cơ sở đó), giám đốc chương trình Bộ Y Tế Tâm Thần (cho hồ sơ của chương trình) hoặc tại các trang web để biết thêm thông tin cần hỗ trợ.

Thông Tin Liên Lạc của Bộ Y Tế Tâm Thần

Nếu quý vị cần tìm hiểu thêm những thông tin khác (không liên quan đến quyền riêng tư) về Bộ Y Tế Tâm Thần và các dịch vụ khác, quý vị có thể liên hệ:
DMH Information, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: dmhinfo@state.ma.us, Phone: 800-221-0053, Fax: (617) 626-8131.

Quý vị cũng có thể liên hệ với giám đốc chương trình của Bộ Y Tế Tâm Thần, hoặc tại các chương trình y tế của quý vị để biết thêm về thông tin cần hỗ trợ.