

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
النفسي العلاج معلومات لاصدار تصريح
الجانبين من

1. المريض / معلومات مقدم الطلب :	
الاسم :	أسماء أخرى: _____
الشارع :	رقم الشقة: _____
المدينة / البلدة :	الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم التعريف الوطني # :	تاريخ الميلاد: _____
الهاتف :	_____

2. اذن تحرير المعلومات : اعطي ادارة العلاج النفسي (DMH) السماح بتلقي و اصدار ملاحظات الجلسات النفسية، من والى الاشخاص، المنظمة او الهيئة المذكورة ادناه، اما شفها او خطيا .	
الشخص، المنظمة او المركز (على سبيل المثال، اسم وعنوان المستشفى، العيادات الخارجية، برنامج الاسكان، وغيرها)	المعلومات الخاصة ب DMH
الاسم :	الاسم :
انتباه :	الشارع :
الشارع :	المدينة / البلدة :
المدينة / البلدة :	الولاية / الرمز البريدي :
الولاية / الرمز البريدي :	الهاتف :
الهاتف :	الفاكس :
الفاكس :	البريد الإلكتروني :

3. (حدد التواريخ) :
تواريخ المعلومات المطلوبة: من: _____ الى: _____

4. الغرض من الإصدار: (يجب التحقق من واحد)
<input type="checkbox"/> استخدام شخصي <input type="checkbox"/> الرعاية المنسقة <input type="checkbox"/> إحالة <input type="checkbox"/> تسهيل الفواتير
<input type="checkbox"/> الحصول على التأمين أو التمويل أو غير ذلك
<input type="checkbox"/> غرض آخر (يرجى التحديد): _____

انا افهم ذلك :

- لدي الحق في إلغاء هذا التفويض في أي وقت.
- إذا قمت بإلغاء هذا التفويض ، يجب علي القيام بذلك كتابةً وتقديمه إلى DMH في عنوان DMH المحدد في الصفحة الأولى أو مكتب قسم الصحة العقلية DMH في منطقتي .(ابحث عن مكاتب منطقة DMH على .
www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory ; اتصل بالرقم 1-800-221-0053 ; أو أرسل بريداً إلكترونياً dmhinfo@MassMail.State.MA.US .
- لا يسري الإلغاء علي المعلومات التي تم إصدارها بالفعل بموجب هذا التفويض.
- لن يسري الإلغاء على شركة التأمين الخاصة بي عندما يمنح القانون شركة التأمين حق المطالبة بالطعن في المطالبة بموجب بوليصة التأمين الخاصة بي .

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
النفسي العلاج معلومات لاصدار تصريح
الجانبين من

اسم المريض / مقدم الطلب :

انا افهم ذلك :

- بمجرد إطلاق المعلومات المذكورة أعلاه ، يمكن للمستلم إعادة توزيعها ، وقد لا تتم حماية المعلومات بواسطة قوانين أو لوائح الخصوصية الفيدرالية أو الحكومية .
- الإذن بالكشف عن المعلومات المحددة أعلاه طوعي .
- لست بحاجة إلى التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج أو الخدمات من DMH و / أو الشخص أو المنشأة أو الوكالة الأخرى ؛ ومع ذلك ، فإن عدم القدرة على مشاركة المعلومات أو الحصول عليها قد يمنع DMH و / أو الشخص أو المرفق أو الوكالة الأخرى من توفير الرعاية المناسبة والضرورية .

أو ، إذا لم يتم تحديد أي شيء ، فسوف

تنتهي صلاحية هذا التفويض (حدد تاريخًا أو فترة زمنية أو حدًا
تنتهي صلاحيته سنة واحدة من تاريخ التوقيع .

5. التوقيع / التحويل: قم بالتوقيع وتقديم المعلومات كما هو مطلوب أدناه .

X
توقيعك أو توقيع الممثل الشخصي
تاريخ
اسم الطباعة من الموقع
المعلومات التالية مطلوبة إذا وقعت من قبل ممثل شخصي :
نوع السلطة (على سبيل المثال ، المحكمة المعينة ، الوالد الحاضر):