

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
 Papye pou otorize pou bay enfòmasyon sou
Nòt Terapy Sikyat
Bilateral

1. Enfòmasyon Pasyan/Aplikasyon	
Non: _____	Lèt Non: _____
Ri: _____	Nimewo Apatman #: _____
Vil/Minisipalite: _____	Depatman: _____ Kòd Postal: _____
Sekirite Sosyal #: _____	Dat nesans: _____
Telefòn: _____	

2. Otorizasyon pou bay enfòmasyon: Mwen otorize Depatman Sante Mantal (Department of Mental Health, DMH) pou resevwa ak pataje Nòt Terapi Sikyat sou moun nan oubyen de moun nan, ajans oubyen biwo yo site anba, swa nan bouch oubyen alekri.	
Moun, Ajans oubyen biwo (pa egzanp., non ak adrès lopital la, founisè ki wè pasyan an deyò lopital la, Pwogram Residansyèl, oubyen lòt) Non: _____ Atansyon: _____ Ri: _____ Vil/Minisipalite: _____ Depatman/Kòd postal: _____ Telefòn: _____ Faks: _____	Enfòmasyon pou kontakte DMH: Non: _____ Ri: _____ Vil/Minisipalite: _____ Depatman/Kòd postal: _____ Telefòn: _____ Faks: _____ Imel: _____

3. Dat Nòt Terapi Sikyat ou vle pataje: (Endike dat yo)
Dat yo pou enfòmasyon yo mande yo: De: _____ A: _____

4. Rezon pou yo bay enfòmasyon: (Ou dwe chwazi youn)
<input type="checkbox"/> Itilizasyon Pèsonèl <input type="checkbox"/> Kowòdone swen <input type="checkbox"/> Voyer kay espesyalis <input type="checkbox"/> Biwo fakti <input type="checkbox"/> Jwenn asirans, finansye oubyen lòt benefis <input type="checkbox"/> Lòt rezon (presize souple): _____

Mwen konpwan:

- Mwen gen dwa pou mwen anile otorizasyon nenpòt ki lè.
- Si mwen anile otorizasyon sa a, mwen dwe fè sa alekri epi prezante li bay DMH nan adrès DMH ki idantifye pi wo an oswa nan biwo DMH ki nan zòn ki tou pre kay mwen. (Nap jwenn zòn kote biwo DMH yo ye nan www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; rele 1-800-221-0053; oswa voye yon imel bay dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- Anilasyon pa pral aplike a enfòmasyon yo te deja divilge nan kad otorizasyon sa a.
- Anilasyon sa pap afekte konpayi asirans lè lalwa bay moun ki banm asirans lan dwa pou yo konteste yon reklamasyon ki nan kontra mwen an.

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
Papye pou otorize pou bay enfòmasyon sou
Nòt Terapy Sikyat
Bilateral

Non Pasyan/ Aplikan: _____

Mwen konprann:

- Yon fwa enfòmasyon sa yo soti, moun ki resevwa enfòmasyon an li ap kapab redistribye l, enfòmasyon ka pa kapab pwoteje anba lwa oubyen regleman federal ou eta sou konfidansyalite.
- Otorizasyon pou bay enfòmasyon ki idantifye pi wo yo rete volontè.
- Mwen pa bezwen siyen fòmilè sa a pou resevwa tretman oswa sèvis nan DMH e/oubyen lòt non moun, biwo ou oswa ajans; men, si manke kapasite pou pataje oubyen jwenn enfòmasyon sa ka anpeche DMH, e/oubyen lòt moun, biwo oswa ajans yo site, bay swen apwopriye e nesèsè.

Otorizasyon sa a ap ekspire (presize yon dat, kantite tan, oswa evènman) _____ oswa, si anyen pa ekri lap fini yon lane apati dat ou te siyen l lan.

5. Siyati / Otorizasyon: Siyen epi bay enfòmasyon jan yo mande l anba a la.

X _____
Siyati ou oswa siyati reprezantan pèsonèl ou an _____ Dat _____

_____ Ekri Non moun k ap siyen an an Majiskil

N ap bezwen enfòmasyon k ap swiv la a si se reprezantan w ki siyen:

Tip otorite (egzanp, tribinal la te nome li, paran ki gen gad): _____