

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
**Разрешение на разглашение Сведений
о Психическом Состоянии Здоровья**
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 от лиц, агентств или организаций, указанных ниже, и передавать лицам, агентствам или организациям, указанным ниже, Сведения о психическом состоянии здоровья , в устной или письменной форме.	
Имя, Агентство или Организация (например, название и адрес госпиталя, имя врача, жилищная программа, другое) Название: _____ Имя получателя: _____ Улица: _____ Город: _____ Штат/Индекс: _____ Телефон: _____ Факс: _____	DMH контактная информация: Имя: _____ Улица: _____ Город: _____ Штат/Индекс: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Email: _____

3. Даты психотерапевтических сведений, которые разрешено предоставлять: (Укажите даты)
Даты запрашиваемой информации: С: _____ По: _____

4. Причина Разглашения Информации: (отметьте только одну)
<input type="checkbox"/> Личная <input type="checkbox"/> Организация вопросов по уходу <input type="checkbox"/> Направление <input type="checkbox"/> Облегчить систему платежей
<input type="checkbox"/> Получение страхования, финансовых или других пособий
<input type="checkbox"/> Другие причины (пожалуйста укажите какие): _____

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 выше 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.

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
**Разрешение на разглашение Сведений
о Психическом Состоянии Здоровья**
Двухсторонняя

Имя Пациента/Заявителя: _____

Я понимаю, что:

- 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 через год с даты его подписания.

5. 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): _____