

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Hồ Sơ MassHealth hoặc Health Connector



Địa chỉ gửi thư: MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, 11th Floor
Boston, MA 02108

Email: Privacy.officer@mass.gov

Trực tuyến tại trang web: mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request

Tên Thành Viên hoặc Người Nộp Đơn: Họ		Tên	Tên đệm viết tắt
Tháng/Ngày/Năm sinh	Số điện thoại	ID MassHealth (hoặc 4 số cuối của SSN)	
Địa chỉ: Đường (bao gồm # căn hộ, nếu có)			
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
Email			

Tôi cho phép MassHealth và Health Connector gửi thông tin y tế được bảo vệ

Cho chính tôi Cho cá nhân hoặc tổ chức này

Hãy gửi những hồ sơ này qua: Thư Email được bảo mật/mã hóa Khác (nếu rõ)

SỬ DỤNG EMAIL/ĐỊA CHỈ KHÁC

(CHỈ điền thông tin này nếu quý vị muốn chúng tôi sử dụng một địa chỉ/email khác với địa chỉ/email được liệt kê ở trên).

Địa chỉ: Đường (bao gồm # căn hộ, nếu có)

Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Email		

THÔNG TIN CẦN TIẾT LỘ

(Vui lòng chọn Phạm vi ngày)

- Yêu cầu bảo hiểm chi trả
(tháng/năm) _____ đến (tháng/năm) _____
- Đơn xin
(tháng/năm) _____ đến (tháng/năm) _____
- Thông báo
(tháng/năm) _____ đến (tháng/năm) _____
- Khác (nếu rõ nội dung) _____

MỤC ĐÍCH CÔNG BỐ (Vui lòng đánh dấu vào một ô)

- Yêu cầu của tôi Phúc lợi Trường học Pháp lý
 Khác (nếu rõ) _____

KIỂM TRA XEM QUÝ VỊ CÓ YÊU CẦU THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ SỬ DỤNG RƯỢU HOẶC CHẤT GÂY NGHIỆN HAY KHÔNG

Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút lại sự cho phép của mình bất cứ lúc nào. Nếu tôi rút lại sự cho phép của mình, điều đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ sự cho phép tiết lộ nào mà MassHealth đã thực hiện khi đã có phép của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi sự cho phép này, tôi phải làm như vậy bằng văn bản. Yêu cầu thu hồi sự cho phép phải được gửi đến MassHealth Privacy Office theo email: privacy.officer@mass.gov hoặc địa chỉ gửi thư được liệt kê ở trên.

Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ thông tin y tế là tự nguyện. Tôi quyết định sử dụng mẫu đơn này sẽ không ảnh hưởng đến việc ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm y tế hoặc tính đủ điều kiện nhận phúc lợi của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy phép này có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi các quy định về Bảo mật Liên bang nữa. Tuy nhiên, người nhận có thể bị cấm tiết lộ thông tin lạm dụng chất gây nghiện. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị MassHealth tính phí dựa trên chi phí hợp lý để lập hồ sơ của tôi.

Giấy cho phép này sẽ hết hạn vào/khi _____. Nếu tôi không chỉ định ngày hết hạn hoặc sự kiện, giấy phép này sẽ hết hạn sau mười hai tháng kể từ ngày có chữ ký được liệt kê bên dưới, trừ khi tôi thu hồi trước đó. Tôi đã đọc kỹ và hiểu những điều trên, đã được giải thích cho mọi câu hỏi của tôi, và tôi tự nguyện cho phép tiết lộ thông tin hoặc hồ sơ y tế trên về tình trạng của tôi cho những người hoặc cơ quan được liệt kê ở trên.

Chữ Ký Của Thành Viên/Người Nộp Đơn: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Đại diện pháp lý: _____ Tháng/Ngày/Năm: _____

Tên viết hoa của Đại diện pháp lý: _____ Mỗi quan hệ với Thành viên/Người nộp đơn: _____
(Cần có bằng chứng về thẩm quyền pháp lý để thay mặt cho thành viên, nếu chưa có trong hồ sơ của MassHealth.)