

披露受保护健康信息授权表



这是 MassHealth 残障评估服务部接受的唯一信息披露。

申请人：

如果您未完整填写本披露受保护健康信息授权表, MassHealth 残障评估服务部 (DES) 将无法为您作出残障认定。您可能会失去或减少您的 MassHealth 福利。

说明

本 MassHealth 披露受保护健康信息授权表可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取健康信息, 以便 DES 作出残障认定。

请在开始之前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下, 或未正确填写表格, 本许可将无效。您的医疗保健提供者将无法与 DES 分享您的受保护健康信息。

- 为您在残障补充表中列出的**每位**医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**单独**签署一份披露受保护健康信息授权表, 并注明日期。
- 所有披露受保护健康信息授权表必须用黑色或蓝色圆珠笔填写, 并且必须是原件。不允许用铅笔填写和签署表格。不允许提供复印件或签名印章。可接受电子签名。
- 一行中只能有一个签名。
- 通过电子邮件、传真或邮寄方式提交的授权表需有有效签名。
- 如果本表用于 18 岁以下的儿童, 则必须由一位家长或法定监护人代表该儿童签名。
- 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人的完整文件副本。

如果您需要有人帮助填写披露受保护健康信息授权表, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420

披露受保护健康信息授权表

本受保护健康信息请求支持该人士的公共福利申请。根据《马萨诸塞州普通法》第 c.112 和 12CC 款,不得对记录披露请求收取任何费用。根据法规,记录必须在 30 天内提供。

通过填写和签署本披露受保护健康信息授权表,我授权我的医疗保健提供者与残障评估服务部(DES)分享我的受保护健康信息。本表将允许我的医生与 DES 分享我的受保护健康信息,以便确定我是否有资格获得残障服务。

- 我了解作为本授权的一部分使用或分享的某些信息可能会被重新分享。如果信息被重新分享,可能不再受联邦或州保密法的保护。
- 我还了解某些敏感健康信息享有特殊保护。这些敏感健康信息包括有关艾滋病病毒(HIV)感染、艾滋病、基因检测以及心理或精神疾病的记录。这些敏感健康信息受州和联邦法律的保护,除非法律另行许可,未经我的书面同意不得分享。《联邦法规集》第 42 篇第 2 部分不允许提供物质滥用障碍诊断、治疗或转诊的计划在未经我授权的情况下分享计划创建、接收或获取的有关我的健康信息。

第 1 节:MassHealth 申请人信息

| | |
|---------|------|
| 姓名 | 出生日期 |
| 街道地址 | |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 |

第 2 节:医疗保健提供者信息

| | | |
|------------------------|------|----|
| 医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称 | | |
| 街道地址 | 楼层 | 室号 |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 | |

第 3 节:与 DES 分享的敏感医疗信息

如果您的记录中包括以下信息,请勾选“是”,表示您允许披露这些信息。

- 是 精神或心理健康信息
- 是 艾滋病病毒(HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 遗传检测(请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c.111 和 70G 款)
- 是 物质滥用信息

本授权从签署日期前 12 个月至到期日有效。
本授权自签署日期起 12 个月后到期。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ 申请人或法定代表签名 | _____ 日期 |
| _____ 与申请人的关系或代表申请人行事的权利 | |

如果本表由法定代表填写,请随附授权您代表申请人文件的完整副本。

除非已经根据本授权采取行动,或者在适用法律规定的可质疑期间,我了解我可以随时通过向残障评估服务部(DES)发送书面请求撤销本授权,DES 的地址:PO Box 2796, Worcester, MA 01613。