

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ



Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận.

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** cho **mỗi** bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật.
- Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
- Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
- Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
- Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L. c. 112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với DES để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác		
Địa chỉ	Tầng #	Suite #
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại	

PHẦN 3: Thông Tin Y Tế Nhạy Cảm Sẽ Được Chia Sẻ Với DES

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

- ☐ Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- ☐ Có Thông tin về bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, AIDS
- ☐ Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn.

Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp	Ngày
---	------

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.