

Thịnh Vương Chung Massachusetts
Văn Phòng Điều Hành Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh
Sở Dịch Vụ Phát Triển

Đơn Xin Xác Nhận Tình Trạng Đủ Điều Kiện của DDS

THÔNG TIN VỀ ỨNG ĐƠN

Mức tuổi hiện tại của ứng đơn:

Từ 5 tuổi đến 22 tuổi

Từ 22 tuổi trở lên

Tên Đầy Đủ: _____ Ngày Sinh: ____/____/____
Họ Tên Đệm

Địa Chỉ: _____
Số Phố Tên Phố Căn Hộ/Đơn Vị #

Thành Phố/Thị Trấn Tiểu Bang Mã Zip Số An Sinh Xã Hội

Ứng đơn, người giám hộ hoặc phụ huynh ưu tiên sử dụng ngôn ngữ nào:

- Khi nói chuyện về ứng đơn? _____
 - Nhận các văn bản tài liệu về ứng đơn? _____
 - Có cần các dịch vụ thông dịch khi nghe không? Có Không
- LƯU Ý: Dịch vụ biên dịch và thông dịch miễn phí dành cho các ứng đơn

Phương thức tốt nhất chúng tôi có thể liên hệ với quý vị? (Vui lòng chọn tất cả các trường hợp áp dụng)

- Chính () _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn Có Không
- Phụ () _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn Có Không
- Email _____

CÁC GIẤY TỜ BẮT BUỘC

Tất cả các đơn xin nộp cho DDS phải kèm theo bản sao của các giấy tờ sau đây:

- Giấy Khai Sinh
- Thẻ An Sinh Xã Hội
- (Các) Thẻ Bảo Hiểm Y Tế (MassHealth, Medicare, Bảo Hiểm Tư Nhân)
- Bằng chứng nơi ở tại MA– Ví dụ: Bằng lái xe của MA Thẻ ID của MA, Hóa đơn tiện ích ghi rõ tên/địa chỉ
- Văn bản báo cáo chẩn đoán về tiêu chí mà quý vị muốn được xét
- Biểu Xác Nhận về Thông Báo Các Thực Hành Quyền Riêng Tư (có trong đơn)

Nếu ứng đơn hoặc quý vị đã được nhận bất kỳ dịch vụ/đánh giá nào dưới đây, xin hãy cung cấp các tài liệu giấy tờ liên quan:

- Can Thiệp Sớm/Hồ Sơ Phát Triển
- IEP (Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân) và các Đánh Giá Liên Quan và/hoặc Kế Hoạch Phương Thức Trợ Giúp 504
- Các Báo Cáo về Kỹ Năng Thích Nghi
- Báo cáo chẩn đoán xác định một khuyết tật trí tuệ (ID) và/hoặc rối loạn phổ tự kỷ (ASD)
- Báo cáo IQ (Thang Trí Tuệ) từ các đánh giá tâm lý hoặc tâm lý học thần kinh
- Kết quả xét nghiệm di truyền xác nhận mắc Smith-Magenis, Prader-Willi hoặc các tình trạng di truyền khác

QUYỀN GIÁM HỘ

Chỉ điền vào mục này nếu có một người giám hộ do tòa án chỉ định

Nếu ứng đơn có một người giám hộ do tòa án chỉ định, phải nộp giấy tờ về quyền giám hộ cùng với tờ đơn này. Trong trường hợp có một người giám hộ do tòa án chỉ định, tờ đơn này phải được người giám hộ đó ký tên

Tên của Người Giám Hộ Hợp Pháp _____
Họ Tên Với ứng đơn

Địa Chỉ của Người Giám Hộ _____
Số và Tên Phố Thành Phố/Thị Trấn Zip

Email _____ Điện Thoại _____

TÌNH TRẠNG HIỆN TẠI

Ứng viên hoặc quý vị có;

Đang sống cùng nhà với gia đình? Có Không _____
Nếu không, quý vị sống ở đâu, nếu không phải là một trường nội trú?

Đang sống tại một trường nội trú? Có Không _____
Nếu có, tên của ngôi trường

Vô gia cư? Có Không _____
Nếu có, trong bao nhiêu lâu?

Liên quan đến cơ quan tiểu bang khác bất kỳ? Có Không _____
Nếu có, cơ quan nào?

Hiện tại đang ở bệnh viện? Có Không _____
Nếu có, tên bệnh viện

Ghi danh tại trường học/trường đại học? Có Không _____
Nếu có, tên trường học/trường đại học

LOẠI ĐƠN XIN

Điều Kiện Gắn Với Chậm Phát Triển (Nộp đơn cho trẻ/người lớn từ 5 – 22 tuổi)

Quý vị đang nộp đơn DDS do một Điều Kiện Gắn Với Chậm Phát Triển? (115 CMR 6.06 (1) Có Không
LƯU Ý: Các điều kiện gắn với chậm phát triển bao gồm rối loạn di truyền.

Nếu quý vị nộp đơn vì là một người có điều kiện gắn với chậm phát triển, quý vị phải nộp một báo cáo chẩn đoán toàn diện được thực hiện bởi một chuyên viên thực hành có trình độ bằng cấp, chẳng hạn như Tiến Sĩ Tâm Lý, Bác Sĩ Tâm Lý, Bác Sĩ Điều Trị... Chẩn đoán của quý vị phải được xác thực trong (các) văn bản, hoặc là kết quả của Xét Nghiệm Di Truyền.

Khuyết Tật Trí Tuệ

Quý vị nộp đơn cho DDS do một Khuyết Tật Trí Tuệ (ID)? Có Không

Nếu quý vị nộp đơn vì là một người bị khuyết tật trí tuệ (ID), ngoài tờ đơn này, quý vị phải nộp một báo cáo chẩn đoán toàn diện được thực hiện bởi một chuyên viên thực hành có trình độ bằng cấp, chẳng hạn như một Tiến Sĩ Tâm Lý, Bác Sĩ Tâm Lý, Bác Sĩ Điều Trị... (Các) tài liệu này phải xác thực được chẩn đoán của quý vị. Tài liệu này bao gồm kiểm tra IQ và kiểm tra nhận thức.

Rối Loạn Phổ Tự Kỳ

Quý vị đang nộp đơn cho DDS do Rối Loạn Phổ Tự Kỳ (ASD)?

Có Không

Nếu quý vị nộp đơn vì là một người rối loạn phổ tự kỷ (ASD), ngoài tờ đơn này, quý vị phải nộp một báo cáo chẩn đoán toàn diện được thực hiện bởi một chuyên viên thực hành có trình độ bằng cấp, chẳng hạn như một Tiến Sĩ Tâm Lý, Bác Sĩ Tâm Lý, Bác Sĩ Điều Trị...

Hội Chứng Prader-Willi

Quý vị đang nộp đơn cho DDS do chẩn đoán mắc Prader-Willi?

Có Không

Nếu quý vị nộp đơn vì là người mắc Prader-Willi, ngoài tờ đơn này, quý vị phải nộp xét nghiệm di truyền xác nhận chẩn đoán Prader – Willi.

Hội Chứng Smith Magenis

Quý vị đang nộp đơn cho DDS do chẩn đoán mắc Hội Chứng Smith Magenis?

Có Không

Nếu quý vị nộp đơn vì là người mắc Hội Chứng Smith Magenis, ngoài tờ đơn này, quý vị phải nộp xét nghiệm di truyền xác nhận chẩn đoán Smith Magenis.

Phần còn lại của trang này được để trống

LIÊN HỆ VỚI PHỤ HUYNH HOẶC LIÊN HỆ NHANH

Tên Đầy Đủ: _____ Mọi Quan Hệ: _____
Họ Tên Đệm Với ứng viên

Số Phố Tên Phố Căn Hộ/Đơn Vị # Thành Phố Tiểu Bang Zip

Phương thức tốt nhất chúng tôi có thể liên hệ với họ? (Vui lòng chọn tất cả các trường hợp áp dụng)

Chính () _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn Có Không

Phụ () _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn Có Không

Email _____

(NHỮNG) NGƯỜI LIÊN LẠC ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Nếu quý vị có người nào đó mà quý vị muốn ủy quyền là một người liên hệ cho mục đích xác định tình trạng đủ điều kiện, vui lòng nêu rõ phía dưới. Người này có thể là một cán bộ xã hội, giáo viên, trị liệu viên... Người này có thể không phải là người giám hộ hợp pháp.

Tên Đầy Đủ: _____ Mọi Quan Hệ: _____
Họ Tên Đệm Với ứng viên

Số Phố Tên Phố Căn Hộ/Đơn Vị # Thành Phố Tiểu Bang Zip

Phương thức tốt nhất chúng tôi có thể liên hệ với họ? (Vui lòng chọn tất cả các trường hợp áp dụng)

Chính () _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn Có Không

Phụ () _____ Chúng tôi có thể để lại tin nhắn Có Không

Email _____

Tôi cho phép DDS thảo luận về đơn xin và các hồ sơ của tôi với người được ghi tên ở trên cho mục đích hoàn thành quá trình quyết định tình trạng hội đủ điều kiện.

Chữ Ký của Ứng Đơn/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày

Thỉnh Vượng Chung Massachusetts Sở Dịch Vụ Phát Triển

BIỂU CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN

MỤC I. Thông Tin Cá Nhân:

Tên của Cá Nhân: _____ (Các) Tên Khác: _____

Địa Chỉ: _____ Điện Thoại: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Ngày Sinh: _____

- Theo đây tôi cho phép Sở Dịch Vụ Phát Triển được tiết lộ cho nhà cung cấp, cơ quan, thực thể, hoặc cá nhân có tên trong Mục II dưới đây các thông tin sau:
- Theo đây tôi cho phép nhà cung cấp, cơ quan, thực thể hoặc cá nhân có tên trong Mục II dưới đây được tiết lộ các thông tin sau cho Sở Dịch Vụ Phát Triển:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kiểm Tra Tâm Lý Học | <input type="checkbox"/> Điền Hồ Sơ | <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Dịch Vụ Khác |
| <input type="checkbox"/> Tiền Sử Y Khoa | <input type="checkbox"/> Lịch Sử Dùng Thuốc | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Giám Hộ |
| <input type="checkbox"/> Lịch Sử Giáo Dục | <input type="checkbox"/> ITP/ISP (Kế Hoạch Dịch Vụ Cá Nhân) | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Bệnh Viện |
| <input type="checkbox"/> Khác (Nêu cụ thể) _____ | | |

MỤC II. (Những) Người Được Ủy Quyền. Tôi cho phép nhà cung cấp, cơ quan, thực thể, hoặc cá nhân được liệt kê dưới đây được chia sẻ/nhận thông tin được liệt kê trong Mục I với/của Sở Dịch Vụ Phát Triển:

Tên

Tổ Chức

Địa Chỉ

MỤC III. Mục Đích Tiết Lộ. Vui lòng nêu rõ mục đích sử dụng hoặc tiết lộ thông tin (ví dụ: chăm sóc y khoa, pháp lý, bảo hiểm, cá nhân... - hãy nêu cụ thể. Nếu quý vị không muốn liệt kê một lý do, quý vị có thể viết đơn giản là: "at my request" (theo yêu cầu của tôi) nếu quý vị là người bắt đầu yêu cầu đó)

Nghiêm cấm sử dụng hoặc tiết lộ bất kỳ với thông tin này theo quy định của Massachusetts và các quy định và chính sách của Sở.

MỤC IV. (Các) Tiết Lộ Bổ Sung. Sở Dịch Vụ Phát Triển hoặc nhà cung cấp, cơ quan, thực thể, hoặc cá nhân được liệt kê trong Mục II có thể chia sẻ thông tin của tôi với (các) cá nhân hoặc tổ chức này:

Tên _____

Tổ Chức _____

Địa Chỉ _____

MỤC V. Chứng Nhận. Tôi đã được thông báo về các lợi ích và bất lợi liên quan đến việc tiết lộ thông tin ở trên, và tôi tình nguyện tiết lộ. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào. Nếu tôi hủy bỏ sự cho phép này, tôi phải thực hiện điều này bằng văn bản và xuất trình văn bản đó cho người/cơ sở/cơ quan được cho phép tiết lộ thông tin. Tôi hiểu rằng việc hủy bỏ này sẽ không được áp dụng với những thông tin đã được tiết lộ theo như yêu cầu cho phép này.

Sự cho phép này sẽ hết hạn _____ (ngày hoặc sự kiện – không được vượt quá một năm). Tôi hiểu rằng một khi thông tin ở trên đã được tiết lộ, người nhận có thể tiết lộ thông tin đó lần nữa, và thông tin này có thể không được bảo vệ theo như quy định của luật pháp hoặc quy định về quyền riêng tư của liên bang hoặc tiểu bang. Tôi hiểu rằng việc cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin được xác định ở trên là hoàn toàn tự nguyện. Tôi hiểu rằng tôi không cần ký tên vào biểu này để tiếp tục được nhận các dịch vụ y khoa của DDS.

Chữ Ký của Cá Nhân là Chủ Thể của Thông Tin hoặc của Người Giám Hộ _____

Ngày _____

Tên Chữ In (và ghi rõ quyền pháp lý nếu Người Giám Hộ hoặc Đại Diện Pháp Lý/Được Ủy Quyền khác ký tên) _____

MỤC VI. Các Cho Phép Cụ Thể. Tôi đặc biệt cho phép việc tiết lộ thông tin dưới đây (vui lòng đánh dấu vào tất cả các trường hợp áp dụng):

- Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ hoặc cung cấp các thông tin ở phạm vi hồ sơ y khoa của tôi có chứa thông tin liên quan đến xét nghiệm kháng thể và kháng nguyên HIV được bảo vệ theo luật M.G.L. c.111 S.70F, kết quả chẩn đoán HIV/AIDS hoặc điều trị HIV/AIDS.
- Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ hoặc cung cấp các thông tin ở phạm vi hồ sơ y khoa của tôi có chứa thông tin liên quan đến điều trị lạm dụng rượu hoặc ma túy được bảo vệ theo Quy Định Liên Bang, 42 CFR, Phần 2.

Chữ ký của cá nhân là chủ thể của Thông Tin hoặc của Người Giám Hộ _____

Ngày _____

HƯỚNG DẪN:

1. Để được xem là hợp lệ, phải điền vào tất cả các phần trong biểu mẫu này (không bao gồm Các Cho Phép Tiết Lộ Đặc Biệt).
2. Đảm bảo ngày hết hạn hoặc sự kiện được liệt kê trên trang 2 là thực tế.
3. **Phát các bản sao: Bản gốc cho nhà cung cấp; bản sao cho cá nhân hoặc người đại diện; bản sao cho cá nhân/cơ sở/cơ quan đưa yêu cầu.**

CHO PHÉP DDS QUYẾT ĐỊNH TÌNH TRẠNG ĐỦ ĐIỀU KIỆN

Tôi yêu cầu Sở Dịch Vụ Phát Triển (DDS) tiến hành quá trình quyết định tình trạng đủ điều kiện nhận dịch vụ. Cho phép này hợp lệ cho đến khi đơn xin này của tôi được xử lý toàn bộ, hoặc trừ trường hợp tôi thông báo cho DDS bằng văn bản rằng tôi hủy bỏ sự cho phép này.

Chữ ký cho phép thực hiện quyết định tình trạng đủ điều kiện: _____
Tên của Ứng Đơn

Ứng Đơn Người Giám Hộ Hợp Pháp

Chữ Ký của Ứng Đơn/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Ngày

Tên Chữ In của Ứng Đơn/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Địa chỉ đầy đủ của người giám hộ hợp pháp

_____-_____-_____
Chính #

_____-_____-_____
Phụ #

CÁC HƯỚNG DẪN CUỐI CÙNG KHI NỘP ĐƠN CHO DDS

- Đảm bảo điền tất cả các thông tin trong tờ đơn này
- Đảm bảo điền tất cả các chữ ký bắt buộc
- Đính kèm tất cả các tài liệu bắt buộc cùng tờ đơn này
- Trên các trang sau sau, hãy đọc **THÔNG BÁO VỀ CÁC THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ** (4 trang)
 - Giữ lại bốn trang Thông Báo về Các Thực Hành Quyền Riêng Tư để quý vị lưu hồ sơ
 - Ký tên và gửi lại Biểu Xác Nhận về Thông Báo Các Thực Hành Quyền Riêng Tư cùng với tờ đơn

Chuyển tiếp tập văn bản đã được điền thông tin này cho Văn Phòng Vùng DDS của địa phương quý vị và gửi kèm cho Nhóm Tình Trạng Đủ Điều Kiện Vùng được nêu rõ dưới đây. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào trước khi gửi tờ đơn cùng các tài liệu đính kèm cần thiết của mình, vui lòng đừng ngần ngại liên hệ với Nhóm Xác Định Tình Trạng Đủ Điều Kiện tại địa phương của quý vị.

DDS Central/West Region

One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
Đường Dây Nhận Thông Tin: **(413)-205-0940**
Fax: (413) 205-1603

DDS Metro Region

465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
Đường Dây Nhận Thông Tin: **(781) 314-7513**
Fax **781-314-7539**

DDS Southeast Region

151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
Đường Dây Nhận Thông Tin: **(508)-866-8800**
Số Fax: (508) 866-8859

DDS Northeast Region

Hogan Regional Center
PO Box A Hathorne, MA 01937
Đường Dây Nhận Thông Tin: **(978) 774-5000**
máy lẻ 850
FAX 978-739-0420

Thịnh Vương Chung Massachusetts
Văn Phòng Điều Hành Y Tế & Dịch Vụ Nhân Sinh
Sở Dịch Vụ Phát Triển

Biểu Xác Nhận về Thông Báo Các Thực Hành

Tên của Ứng Đơn: _____

Cơ Sở/Vùng/Khu Vực/Chương Trình: _____

Tôi đã xem xét bản Thông Báo Các Thực Hành Quyền Riêng Tư của DDS

→ Chữ Ký: _____ Ngày _____
Cá Nhân hoặc Người Đại Diện có quyền hợp pháp ra quyết định về dịch vụ chăm sóc y tế

Nếu do một Người Đại Diện ký tên:

Tên Chữ In: _____

Vai Trò: _____ (phụ huynh/người giám hộ...)

Nhân Chứng: _____ Ngày: _____

Phải lưu lại biểu mẫu này trong khoảng thời gian tối thiểu sáu năm trong hồ sơ phù hợp theo quy định trong sổ tay hướng dẫn về Quyền Riêng Tư của DDS

Thịnh Vương Chung Massachusetts
Văn Phòng Điều Hành Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh
Sở Dịch Vụ Phát Triển

GIỮ TÀI LIỆU NÀY ĐỂ QUÝ VỊ TƯ LƯU HỒ SƠ

THÔNG BÁO VỀ CÁC THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ VIỆC CÁC THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THẾ NÀO, VÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN VỚI THÔNG TIN NÀY NHƯ THẾ NÀO. XIN HÃY XÉT XÉT TÀI LIỆU NÀY THẬT CẨN TRỌNG.

Mục Đích:

Thông báo này thông tin cho quý vị về các thực hành quyền riêng tư của Sở Dịch Vụ Phát Triển cùng các quyền hợp pháp liên quan đến việc bảo vệ quyền riêng tư của các hồ sơ y khoa hoặc sức khỏe của quý vị mà chúng tôi tạo ra hoặc nhận được. Thông báo này cũng giải thích các quyền của quý vị liên quan đến thông tin sức khỏe của quý vị cùng các trách nhiệm của Sở. Như đã giải thích ở trên, theo quy định của pháp luật, chúng tôi phải đảm bảo việc bảo mật các thông tin y tế hoặc sức khỏe có thể xác thực danh tính của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc bất kỳ về nội dung có trong Thông Báo về Các Thực Hành Quyền Riêng Tư này, nếu quý vị cần liên hệ với ai đó tại Sở về thông tin bất kỳ có trong Thông Báo về Các Thực Hành Quyền Riêng Tư này, hoặc nếu quý vị có một khiếu nại về Các Thực Hành Quyền Riêng Tư của Sở, quý vị có thể liên hệ với Văn Phòng Quyền Riêng Tư của Sở tại:

Privacy Officer (Viên Chức Quyền Riêng Tư)
Department of Developmental Services (Sở Dịch Vụ Phát Triển)
1000 Washington Street
Boston, MA 02118
(888) 367-4435, máy lẻ 7717

I. Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ là gì?

Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (**PHI**) là thông tin mà Sở thu thập về sức khỏe và tình trạng của quý vị trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai, về việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, hoặc về các khoản thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bất kể là theo quy định trong các chính sách về bảo mật của chúng tôi, hoặc của pháp luật hiện hành, Sở cam kết lâu dài về việc bảo vệ quyền riêng tư của quý vị và thông tin sức khỏe cá nhân bất kỳ mà chúng tôi nắm giữ liên quan đến quý vị. Theo quy định của luật pháp liên bang, chúng tôi phải cung cấp cho quý vị Thông Báo này về các thực hành quyền riêng tư của chúng tôi, trong đó giải thích cách thức, thời gian, và lý do chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu một bản sao của thông báo này tại Văn Phòng bất kỳ của Sở Dịch Vụ Phát Triển. Thông báo này cũng được đăng tải trên website của chúng tôi tại www.dds.state.ma.us.

II. Sở Có Thể Sử Dụng và Tiết Lộ PHI của Quý Vị Như Thế Nào?

Để cung cấp các dịch vụ cho quý vị, DDS phải sử dụng và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ theo nhiều cách. Dưới đây là các ví dụ về những hình thức sử dụng và tiết lộ PHI được phép thực hiện *mà không cần sự cho phép của quý vị*.

Nói chung, Sở có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị trong các trường hợp sau:

- **Để Điều Trị:** DDS có thể sử dụng PHI về quý vị để cung cấp cho quý vị các dịch vụ hoặc điều trị. Ví dụ, các thành viên trong nhóm điều trị của quý vị có thể thảo luận nội bộ về PHI của quý vị để phát triển và thực hiện một kế hoạch triển khai các dịch vụ của quý vị. DDS cũng có thể tiết lộ PHI về quý vị cho những người hoặc các nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài Sở, những người có thể liên quan đến việc chăm sóc y tế của quý vị, nhưng chỉ sử dụng hoặc tiết lộ lượng thông tin cần thiết tối thiểu để thực hiện các dịch vụ đó.
- **Để Nhận Thanh Toán:** DDS có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị để xuất hóa đơn và thu tiền thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Ví dụ, DDS có thể tiết lộ các phần nội dung của PHI của quý vị cho chương trình Medicaid, Văn Phòng An Sinh Xã Hội, nhân viên của Sở, hoặc một công ty bảo hiểm tư nhân.
- **Để Vận Hành Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:** DDS có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị trong thời gian vận hành các cơ sở, văn phòng, các trung tâm phát triển của Sở và tất cả các chương trình khác của Sở. Việc sử dụng và tiết lộ này là cần thiết để vận hành các chương trình của chúng tôi, bao gồm đảm bảo rằng tất cả các khách hàng của chúng tôi được nhận các dịch vụ chăm sóc chất lượng. Ví dụ, chúng tôi có thể sử dụng PHI của quý vị để cải tiến chất lượng khi xem xét việc điều trị và các dịch vụ của chúng tôi, và để đánh giá thành tích của Sở và/hoặc nhân viên cung cấp trong khi chăm sóc cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho các bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa và các nhân viên khác như được liệt kê ở trên để thực hiện các mục đích kiểm tra và học tập. Điều này cũng có thể cần thiết để có được hoặc trao đổi thông tin của quý vị với các cơ quan tiểu bang khác của Massachusetts.

Luật pháp quy định rằng chúng tôi có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị *mà không cần được đồng ý hoặc cho phép* trong các tình huống sau đây:

- **Theo Yêu Cầu của Luật Pháp và Để Thực Hiện Các Chức Năng Chính Quyền Cụ Thể:** DDS có thể tiết lộ PHI khi luật pháp yêu cầu chúng tôi báo cáo thông tin về trường hợp nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình, hoặc liên quan đến một nghi ngờ về hoạt động tội phạm, hoặc theo lệnh của tòa. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI cho các cơ quan có thẩm quyền giám sát việc tuân thủ các yêu cầu về quyền riêng tư này. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI cho các chương trình phúc lợi của chính phủ liên quan đến tình trạng đủ điều kiện và ghi danh, chẳng hạn như Medicaid, cho các yêu cầu bồi hoàn của người lao động, và vì các lý do an ninh quốc gia, chẳng hạn như bảo vệ Tổng Thống.
- **Cho Các Hoạt Động Sức Khỏe và An Toàn Công Cộng:** DDS có thể tiết lộ PHI khi chúng tôi được yêu cầu phải thu thập thông tin về bệnh tật hoặc thương tích, hoặc để báo cáo các thông số thiết yếu cho một cơ quan chính quyền y tế công cộng, báo cáo về các phản ứng bất lợi khi dùng thuốc, thu hồi sản phẩm, hoặc ngăn ngừa bệnh tật.
- **Cho Các Hoạt Động Giám Sát Sức Khỏe:** DDS có thể tiết lộ PHI trong phạm vi Sở, hoặc cho các cơ quan khác chịu trách nhiệm giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe để thực hiện các mục đích như báo cáo hoặc điều tra các sự việc bất thường, và giám sát chương trình Medicaid.
- **Liên Quan đến Người Quá Cố:** DDS có thể tiết lộ PHI liên quan đến một trường hợp tử vong cho các bác sĩ pháp y, nhân viên kiểm tra y tế, hoặc giám đốc nhà tang lễ, và cho các tổ chức thu mua nội tạng liên quan đến việc hiến tạng, mắt, hoặc, hoặc cấy ghép các bộ phận này. Thông tin cũng có thể được tiết lộ khi liên quan đến các vụ điều tra nội bộ hoặc bên ngoài.
- **Để Thực Hiện Các Mục Đích Nghiên Cứu, Kiểm Tra hoặc Đánh Giá:** Trong một số trường hợp, và dưới sự giám sát của một ủy ban xét duyệt nghiên cứu, DDS có thể tiết lộ PHI cho những nhà nghiên cứu được phê chuẩn và những người được họ ủy quyền để hỗ trợ việc nghiên cứu.
- **Theo Yêu Cầu của Các Vụ Kiện và Hành Động Pháp Lý:** DDS có thể chia sẻ thông tin sức khỏe về quý vị theo lệnh của tòa hoặc một lệnh hành chính, hoặc theo yêu cầu trong trát hầu tòa theo như phạm vi được luật pháp tiểu bang hoặc luật pháp liên bang cho phép, bao gồm nhưng không giới hạn với G.L. c. 123B, § 17 (Bảo Mật Hồ Sơ DDS); G.L. c. 66A, § 2 (Đạo Luật Thực Hành Thông Tin Công Bằng); G.L. c. 111, § 70(f) (Xét nghiệm HIV); G.L. c. 111B, § 11 (điều trị uống rượu); và G.L. c. 111E, § 18 (điều trị sử dụng ma túy).
- **Để Ngăn Chặn (Các) Mối Đe Dọa Sức Khỏe hoặc An Toàn:** Để tránh một mối đe dọa nghiêm trọng với sức khỏe hoặc an toàn, DDS có thể tiết lộ PHI cần thiết cho nhân viên thực thi pháp luật hoặc những cá nhân khác, những người có thể ngăn chặn hoặc giảm thiểu mối nguy cơ gây hại này một cách hợp lý.

III. Sử Dụng và Tiết Lộ PHI Yêu Cầu Được Quý Vị Cho Phép.

Để sử dụng và tiết lộ thông tin này ngoài các mục đích điều trị, thanh toán và vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chúng tôi phải có được văn bản cho phép của quý vị, trừ khi việc sử dụng và tiết lộ này rơi vào một trong các trường hợp ngoại lệ được rút lại vào bất kỳ thời điểm nào để ngừng việc sử dụng/tiết lộ trong tương lai, trừ phạm vi mà chúng tôi đã thực hiện hành động dựa trên sự cho phép của quý vị.

IV. Sử Dụng và Tiết Lộ Có Hạn Chế cho Các Gia Đình, Bạn Bè, và Những Người Khác Nếu Quý Vị Không Phản Đối

Chúng tôi có thể tiết lộ một lượng thông tin hạn chế trong PHI của quý vị cho các gia đình, bạn bè, hoặc những người khác liên quan đến việc chăm sóc quý vị nếu chúng tôi thông báo cho quý vị về việc tiết lộ này trước đó, và quý vị không phản đối, miễn là luật pháp không ngăn cấm việc tiết lộ này.

V. (Các) Ưu Tiên của Quý Vị về Cách DDS Chia Sẻ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của Quý Vị

Với một số thông tin sức khỏe nhất định, quý vị có thể thông báo cho DDS về các ưu tiên của mình liên quan đến việc chúng tôi có thể chia sẻ thông tin gì/như thế nào. Trong những trường hợp này, quý vị có quyền lợi và được lựa chọn thông báo cho DDS về:

- Chia sẻ thông tin với gia đình, bạn thân của quý vị, hoặc những người khác liên quan đến việc chăm sóc quý vị;
- Chia sẻ thông tin trong một tình huống cứu trợ thảm họa;
- Bao gồm thông tin của quý vị trong thư mục dữ liệu của một bệnh viện/cơ sở;
- Liên hệ với quý vị để thực hiện các nỗ lực gây quỹ.

Nếu quý vị không thể cho chúng tôi biết về các ưu tiên của mình, ví dụ như quý vị đang bất tỉnh, DDS có thể chia sẻ thông tin của quý vị nếu chúng tôi tin rằng đó là vì lợi ích tốt nhất cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị khi cần thiết để giảm thiểu một mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra với sức khỏe hoặc an toàn.

VI. Nghiêm Cấm Tiết Lộ

Sở sẽ không bao giờ sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị cho các mục đích tiếp thị, để bán thông tin của quý vị, hoặc để phần lớn là chia sẻ các ghi chép về trị liệu tâm lý của quý vị, trừ khi quý vị cung cấp cho chúng tôi văn bản cho phép thực hiện điều này. Trong trường hợp thực hiện gây quỹ, DDS có thể liên hệ với quý vị cho các nỗ lực gây quỹ- nhưng quý vị có thể yêu cầu DDS không liên hệ với quý vị lần nữa.

VII. Các Quyền Lợi của Quý Vị Liên Quan đến Thông Tin Sức Khỏe được Bảo Vệ của Quý Vị

Quý vị có những quyền lợi sau liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị:

- **Được Nhận một Bản Sao Thông Báo về Các Thực Hành Quyền Riêng Tư này:** Quý vị có thể yêu cầu DDS để được nhận một bản sao bằng giấy của thông báo này vào bất kỳ thời điểm nào.
- **Để Kiểm Tra và Yêu Cầu một Bản Sao PHI của Quý Vị:** Trừ trường hợp hồ sơ của quý vị bị hạn chế vì những lý do điều trị rõ ràng và được lập hồ sơ, quý vị có quyền kiểm tra và có được một danh sách các thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị bằng định dạng trên giấy và điện tử theo như văn bản yêu cầu của quý vị. Nên gửi yêu cầu đến Viện Chức Quyền Riêng Tư thông qua điều phối viên dịch vụ hoặc Văn Phòng Khu Vực của quý vị. DDS sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị trong vòng 30 ngày. Nếu quý vị muốn được nhận các bản sao chứa PHI của mình, có thể sẽ áp dụng một khoản phí.
- **Để Lựa Chọn Ai Đó Hành Động thay cho Quý Vị:** Nếu quý vị đã trao cho ai đó giấy ủy quyền y tế, hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người này có thể thực thi các quyền lợi của quý vị và đưa ra lựa chọn liên quan đến thông tin sức khỏe của quý vị theo mức phạm vi được luật pháp cho phép. DDS sẽ tôn trọng các yêu cầu/lựa chọn của người đại diện được phép hợp pháp của quý vị theo như mức phạm vi được luật pháp cho phép.

- **Để Yêu Cầu Các Hạn Chế liên quan đến Sử Dụng/Tiết Lộ:** Quý vị có quyền yêu cầu DDS hạn chế cách thức chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị, hoặc yêu cầu DDS không được sử dụng hoặc chia sẻ một số thông tin sức khỏe nhất định để thực hiện điều trị, thanh toán, hoặc vận hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Sở sẽ xem xét yêu cầu của quý vị, nhưng không bị ràng buộc về mặt pháp lý là phải đồng ý với những hạn chế này nếu điều này có thể ảnh hưởng lên việc cung cấp dịch vụ hoặc chăm sóc quý vị. Nếu quý vị thanh toán toàn bộ cho dịch vụ hoặc mục chăm sóc sức khỏe bằng tiền xuất túi, quý vị có thể yêu cầu DDS không được chia sẻ thông tin đó cho mục đích thanh toán hoặc vận hành của chúng tôi với công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- **Để Lựa Chọn Cách Thức Chúng Tôi Có Thể Liên Hệ Quý Vị:** Quý vị có quyền yêu cầu DDS gửi cho quý vị thông tin tới một địa chỉ thay thế, hoặc bằng một phương tiện thay thế; bao gồm (các) yêu cầu rằng chúng tôi phải liên hệ với quý vị bằng phương thức trao đổi bảo mật.
- **Để Yêu Cầu Thay Đổi PHI của quý vị:** Nếu quý vị tin rằng có sai sót hoặc có thông tin bị thiếu trong hồ sơ của chúng tôi với PHI của quý vị, quý vị có thể yêu cầu bằng văn bản đề DDS chỉnh sửa hoặc bổ sung hồ sơ đó. DDS sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị. Bất kỳ hành động từ chối nào cũng sẽ nêu rõ nguyên nhân từ chối và giải thích về các quyền của quý vị liên quan đến việc yêu cầu và từ chối, và sẽ thêm vào PHI của quý vị các tuyên bố bất kỳ đáp lại việc quý vị cung cấp.
- **Để Yêu Cầu một Tài Liệu Chứa Những Lần Tiết Lộ Nào Đã Được Thực Hiện:** Trong một số trường hợp nhất định, quý vị có quyền nhận một danh sách có chứa thông tin về thời gian, người nhận, hoặc mục đích, cùng nội dung trong PHI của quý vị đã được tiết lộ.
- **Để Nộp Khiếu Nại:** Nếu quý vị nghĩ rằng DDS có thể đã vi phạm các quyền riêng tư của quý vị, hoặc quý vị không đồng ý với một quyết định mà Sở đã đưa ra về việc tiếp cận PHI của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho Viên Chức Quyền Riêng Tư DDS. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Văn Phòng Quyền Dân Sự, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ) bằng cách gửi một lá thư đến địa chỉ 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, gọi điện thoại đến số 1-877-696-6775, hoặc truy cập website của HHS tại: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Sở sẽ không thực hiện hành động trả đũa với quý vị nếu quý vị gửi đơn khiếu nại.

VIII. Quyền Riêng Tư và Các Trách Nhiệm của DDS

Sở có những trách nhiệm sau liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị:

- **Bảo Vệ Quyền Riêng Tư với Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của Quý Vị:** Theo quy định của pháp luật, DDS phải duy trì quyền riêng tư và bảo mật với thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.
- **Thông Báo cho Quý Vị về Các Vi Phạm:** DDS sẽ ngay lập tức thông báo cho quý vị nếu xảy ra tình huống vi phạm bảo mật có thể đã xâm phạm quyền riêng tư và bảo mật của quý vị với thông tin sức khỏe không được bảo mật của quý vị.
- **Thông Báo về Các Thực Hành Quyền Riêng Tư:** DDS phải tuân theo các nghĩa vụ và thực hành quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này, và có sẵn các bản sao của thông báo này để có thể cung cấp cho quý vị.
- **Sử Dụng và Tiết Lộ Được Phép:** DDS sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị cho các mục đích khác với những điều được mô tả trong thông báo này, trừ khi được quý vị cho phép bằng văn bản. Quý vị cũng có thể thay đổi quyết định của mình và hủy bỏ sự cho phép của quý vị vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách liên hệ với Sở bằng văn bản.

Để biết thêm thông tin, hãy đọc: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Tờ Đơn và Ngày Hiệu Lực:

Thông báo này áp dụng cho việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ tại tất cả các Cơ Sở, Văn Phòng, Trung Tâm Phát Triển hoặc Vùng của Sở, và tất cả các chương trình khác của Sở; bao gồm việc sử dụng hoặc tiết lộ PHI của cá nhân hoặc thực thể liên quan đến một thỏa thuận chăm sóc sức khỏe có tổ chức (OHCA) với Sở. Bất kỳ cá nhân hoặc thực thể nào tham gia cùng DDS trong một OHCA sẽ tuân theo các nghĩa vụ và thực hành quyền riêng tư được mô tả trong thông báo này.

Thông báo này có hiệu lực vào ngày 14 tháng Tư, 2003 (như được sửa đổi vào ngày 1 tháng Chín, 2014). Sở giữ nguyên quyền được đưa ra thay đổi với các thực hành quyền riêng tư của Sở, cùng các điều khoản trong Thông Báo này vào bất kỳ lúc nào. Nếu có yêu cầu, sẽ cung cấp thông báo mới tại Văn Phòng bất kỳ của DDS, và trên website của Sở.

THỊNH VƯỢNG CHUNG MASSACHUSETTS
SỞ DỊCH VỤ PHÁT TRIỂN
Nhận Thông Tin và Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Theo Vùng
Các Thành Phố/Thị Trấn Phân Chia Theo Vùng

DDS Central/West Region (Vùng Trung Tâm/Phía Tây DDS)
Regional Eligibility Coordinator (Điều Phối Viên Tình Trạng Hội
Đủ Điều Kiện Theo Vùng)
One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
Đường Dây Nhận Thông Tin: (413)-205-0940
Fax: (413) 205-1603

Các Thành Phố và Thị Trấn thuộc Vùng TRUNG TÂM/PHÍA TÂY:

Adams, Agawam, Alford, Amherst, Ashburnham, Ashby, Ashfield, Ashley Falls, Athol, Auburn, Ayer, Baldwinville, Barre, Becket, Belchertown, Bellingham, Berlin, Bernardston, Blackstone, Blandford, Bolton, Boylston, Brimfield, Brookfield, Buckland, Charlemont, Charlton, Cherry Valley, Cheshire, Chester, Chesterfield, Chicopee, Clarksburg, Clinton, Colrain, Conway, Cummington, Dalton, Deerfield, Douglas, Dudley, East Brookfield, Easthampton, East Longmeadow, Egremont, Erving, Feeding Hills, Fitchburg, Florida, Franklin, Gardner, Gill, Goshen, Grafton, Granby, Granville, Groton, Great Barrington, Greenfield, Hadley, Hancock, Hampden, Hardwick, Harvard, Hatfield, Hawley, Heath, Hinsdale, Holden, Holland, Holyoke, Hopedale, Housatonic, Hubbardston, Huntington, Indian Orchard, Lancaster, Lanesboro, Lee, Leeds, Leicester, Lenox, Leominster, Leverett, Leyden, Longmeadow, Ludlow, Lunenburg, Medway, Mendon, Middlefield, Millers Falls, Milford, Millbury, Millville, Monroe, Monson, Montague, Monterey, Montgomery, Mt. Washington, New Ashford, New Braintree, New Marlboro, New Salem, North Adams, Northampton, Northbridge, Northfield, North Brookfield, Oakham, Orange, Otis, Oxford, Palmer, Paxton, Pelham, Pepperell, Petersham, Peru, Phillipston, Pittsfield, Plainfield, Princeton, Richmond, Rowe, Royalston, Russell, Rutland, Sandisfield, Savoy, Sheffield, Shelburne, Shirley, Shrewsbury, Shutesbury, Southbridge, South Deerfield, South Hadley, Leominster, Southampton, Southwick, Spencer, Springfield, Sterling, Sturbridge, Stockbridge, Sunderland, Sutton, Templeton, Tolland, Townsend, Turners Falls, Tyringham, Upton, Uxbridge, Wales Ware, Warren, Warwick, Washington, Webster, Wendell, West Boylston, West Brookfield, Westfield, Westhampton, Westminister, West Springfield, West Stockbridge, Whately, Whitinsville, Wilbraham, Williamsburg, Williamstown, Winchendon, Windsor, Worthington, Worcester

THỊNH VƯỢNG CHUNG MASSACHUSETTS
SỞ DỊCH VỤ PHÁT TRIỂN
Nhận Thông Tin và Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Theo Vùng
Các Thành Phố/Thị Trấn Phân Chia Theo Vùng

DDS Metro Region (Vùng Metro DDS)
Regional Eligibility Coordinator (Điều Phối Viên Tình Trạng Hội Đủ Điều
Kiện Theo Vùng)
465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
Đường Dây Nhận Thông Tin: (781) 314-7513
Số Fax: (781) 314-7539

Các Thành Phố và Thị Trấn thuộc Vùng Metro:

Allston, Ashland, Beacon Hill, Belmont, Boston, Brighton, Brookline, Cambridge, Canton, Charlestown, Chelsea, Chestnut Hill, Chinatown, Dedham, Dorchester, Dover, Downtown Crossing, East Boston, Foxboro, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Hyde Park, Jamaica Plain, Marlboro, Mattapan, Medfield, Millis, Natick, Needham, Newton, Norfolk, Northborough, North Dorchester, North End, Norwood, Plainville, Revere, Roslindale, Roxbury, Sharon, Sherborn, Somerville, Southborough, South Boston, South End, Sudbury, Walpole, Waltham, Watertown, Wayland, West Roxbury, Wellesley, Westborough, Weston, Westwood, Winthrop, Wrentham

THỊNH VƯỢNG CHUNG MASSACHUSETTS
SỞ DỊCH VỤ PHÁT TRIỂN
Nhận Thông Tin và Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Theo Vùng
Các Thành Phố/Thị Trấn Phân Chia Theo Vùng

DDS Northeast Region ((Vùng Đông Bắc DDS)
Regional Eligibility Coordinator (Điều Phối Viên Tình Trạng Hội Đủ
Điều Kiện Theo Vùng)
Hogan Regional Center
P.O. Box A
Hathorne, MA 01937
Đường Dây Nhận Thông Tin: (978) 774-5000 máy lẻ 850
Số Fax: (978)739-0420

Các Thành Phố và Thị Trấn thuộc Vùng Đông Bắc:

Acton, Amesbury, Andover, Arlington, Bedford, Beverly, Billerica, Boxborough, Boxford, Bradford, Burlington, Carlisle, Chelmsford, Concord, Danvers, Dracut, Dunstable, Essex, Everett, Georgetown, Gloucester, Groveland, Hamilton, Haverhill, Ipswich, Lawrence, Lexington, Lincoln, Littleton, Lowell, Lynn, Lynnfield, Malden, Manchester, Marblehead, Maynard, Medford, Melrose, Merrimac, Methuen, Middleton, Nahant, Newbury, Newburyport, North Andover, North Reading, Peabody, Reading, Rockport, Rowley, Saugus, Salem, Salisbury, Stoneham, Stow, Swampscott, Tewksbury, Topsfield, Tyngsboro, Wakefield, Wenham, West Newbury, Wilmington, Winchester, Woburn, Westford

THỊNH VƯỢNG CHUNG MASSACHUSETTS
SỞ DỊCH VỤ PHÁT TRIỂN
Nhận Thông Tin và Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Theo Vùng
Các Thành Phố/Thị Trấn Phân Chia Theo Vùng

DDS Southeast Region (Vùng Trung Đông Nam DDS)
Regional Eligibility Coordinator (Điều Phối Viên Tình Trạng Hội Đủ Điều
Kiện Theo Vùng)
151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
Đường Dây Nhận Thông Tin (508)-866-5000
Số Fax (508)-866-8859

Các Thành Phố và Thị Trấn thuộc Vùng Đông Nam

Abington, Acushnet, Assonet, Attleboro, Avon, Barnstable, Berkley, Bourne, Braintree, Brewster, Bridgewater, Brockton, Carver, Chatham, Chilmark, Cohasset, Dartmouth, Dennis, Dighton, Duxbury, East Bridgewater, Eastham, Easton, Edgartown, Fairhaven, Fall River, Falmouth, Freetown, Gay Head, Gosnold, Halifax, Hanover, Hanson, Harwich, Hingham, Holbrook, Hull, Hyannis, Kingston, Lakeville, Mansfield, Marion, Marshfield, Mashpee, Mattapoissett, Middleboro, Milton, Nantucket, New Bedford, North Attleboro, Norton, Norwell, Oak Bluffs, Orleans, Pembroke, Plymouth, Plympton, Provincetown, Quincy, Randolph, Raynham, Rehoboth, Rochester, Rockland, Sandwich, Scituate, Seekonk, Somerset, Stoughton, Swansea, Taunton, Tisbury, Truro, Wareham, Wellfleet, West Bridgewater, Westport, West Tisbury, Weymouth, Whitman, Yarmouth