

O Estado de Massachusetts

Escritório Executivo de Serviços de Saúde & Sociais
Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Solicitação de Elegibilidade de DSD

Do Nascimento aos 4 Anos de Idade

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Nome Completo: _____ Nasc: ____/____/____
Último Primeiro Iniciais Nome do Meio

Endereço: _____
Número da rua Nome da Rua Num. Apartamento/Unidade

Cidade Estado CEP Num. Seguro Social

Em que idioma o solicitante, responsável ou pai/mãe prefere:

- Falar sobre o solicitante? _____
 - Receber material escrito sobre o solicitante? _____
 - São necessários serviços de intérprete para a audiência? Sim Não
- NOTA: Tradução e interpretação são gratuitas para os solicitantes

Qual a melhor forma de contato com você? (Favor selecionar todas as opções aplicáveis)

- Primária () _____ Podemos deixar uma mensagem Sim Não
- Secundária () _____ Podemos deixar uma mensagem Sim Não
- Email _____

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Todas as solicitações para DSD necessitam de cópias dos seguintes documentos:

- Certidão de Nascimento
- Cartão do Seguro Social
- Cartão(ões) do Seguro de Saúde (MassHealth, Medicare, Seguro Privado)
- Comprovante de Residência em MA– EX. Carteira de Motorista de MA, Identidade de MA, Contas com Nome/Endereço
- Relatos que documentem o diagnóstico para os critérios para os quais você quer ser considerado
- Notificação do Formulário de Reconhecimento das Práticas de Privacidade (inserido na solicitação)

Se o seu filho recebeu algum dos serviços ou avaliações abaixo, favor fornecer a documentação:

- Intervenção Precoce/Perfil de Desenvolvimento
- IEP e Avaliações Relacionadas e/ou Plano de Acomodação 504
- Relatórios de Habilidades Adaptativas
- Relatório com diagnóstico definitivo de uma deficiência intelectual (ID) e/ou transtorno no espectro do autismo (ASD)

- Relatório de QI através de avaliações psicológicas ou neuropsicológicas
- Resultados de exames genéticos

TUTELA

Esta seção deve ser preenchida somente se houver um guardião determinado judicialmente

Se o solicitante possui um guardião definido judicialmente, a documentação da guarda deve ser submetida juntamente com esta solicitação. No caso de um guardião determinado judicialmente, essa solicitação deve ser assinada por este guardião

Nome do Guardião Legal _____ Relação _____
Último Primeiro Com o solicitante

Endereço dos Guardiões _____
Rua e Número Cidade CEP

Email _____ Fone _____

SITUAÇÃO ATUAL

A criança vive em um lar com sua família? Sim Não _____
Se não, onde você vive, exceto internato?

A família é moradora de rua? Sim Não _____
Se sim, por quanto tempo?

A família está envolvida com alguma outra agência do governo? Sim Não _____
Se sim, qual agência??

TIPO DE SOLICITAÇÃO

Atraso Substancial do Desenvolvimento (Anteriormente conhecido como Atraso Global no Desenvolvimento)

Você está fazendo uma solicitação de serviços ao DSD em função de um Atraso Substancial no Desenvolvimento (SDD)? Sim Não

Se você está fazendo uma solicitação em nome de uma criança com Atraso Substancial no Desenvolvimento, você deve submeter um relatório diagnóstico completo de um profissional qualificado licenciado, como um Ph.D, Psy.D MD etc. Esse(s) documento deve confirmar o seu diagnóstico. Também se aplica a testes e/ou avaliações de QI e cognitivas.

PAI/MÃE OU CONTATO IMEDIATO

Nome Completo: _____ Relação: _____
Último Primeiro Iniciais Nome do Meio Com o solicitante

Número da rua Nome da Rua No. Apartamento/Unidade Cidade Estado CEP

Qual a melhor forma de contato com eles? (Favor selecionar todas as opções aplicáveis)

- Primária () _____ Podemos deixar uma mensagem Sim Não
 Secundária () _____ Podemos deixar uma mensagem Sim Não
 Email _____

CONTATO(S) AUTORIZADO(S)

Se você possui alguém que você gostaria de autorizar como um contato para a questão de elegibilidade, favor indicar abaixo. Pode ser um assistente social, professor, terapeuta etc. Essa pessoa não pode ser o guardião legal.

Nome Completo: _____ Relação: _____
Último Primeiro Iniciais Nome do Meio Com o solicitante

Número da rua Nome Rua Num. Apartamento/Unidade Cidade Estado CEP

Qual a melhor forma de contato com eles? (Favor selecionar todas as opções aplicáveis)

- Primária () _____ Podemos deixar uma mensagem Sim Não
 Secundária () _____ Podemos deixar uma mensagem Sim Não
 Email _____

Eu dou permissão ao DSD para discutir a minha solicitação e registros com a pessoa supracitada com o objetivo de concluir o processo de determinação de elegibilidade.

Assinatura do Solicitante/Guardião Legal

Data

AUTORIZAÇÃO PARA DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE DO DSD

Eu solicito que o Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DSD) realize uma determinação de elegibilidade para serviços. Essa permissão é válida até que minha solicitação seja completamente processada ou a menos que eu notifique o DSD por escrito que eu revogo tal autorização.

A assinatura da autorização para uma determinação de elegibilidade para: _____

Nome do Solicitante

Pai/Mãe Guardião Legal

Assinatura do Solicitante/Guardião Legal

Data

Nome Impresso do Solicitante/Guardião Legal

Endereço completo do guardião legal

Fone Primário

Fone Secundário

Estado de Massachusetts
Departamento de Serviços de Desenvolvimento

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

SEÇÃO I. Informações Pessoais:

Nome do Indivíduo: _____

Outro(s) Nome(s): _____

Endereço: _____

Fone: _____

No. Seguro Social: _____

Data de Nascimento: _____

- Por meio desta, autorizo o Departamento de Serviços de Desenvolvimento a disponibilizar ao prestador, agência, entidade ou indivíduo nomeado na Seção II abaixo as seguintes informações:
- Por meio desta, autorizo o prestador, agência, entidade ou indivíduo nomeado na Seção II abaixo a disponibilizar as seguintes informações ao Departamento de Serviços de Desenvolvimento:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exames Psicológicos | <input type="checkbox"/> Registro Completo | <input type="checkbox"/> Outro Plano de Serviço |
| <input type="checkbox"/> Histórico Médico | <input type="checkbox"/> Histórico de Medicação | <input type="checkbox"/> Documentos de Guarda |
| <input type="checkbox"/> Histórico Educacional | <input type="checkbox"/> ITP/ISP | <input type="checkbox"/> Histórico Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Outros (Especificar) _____ | | |

SEÇÃO II. Destinatário(s) Autorizado(s). Eu dou minha permissão para o prestador, agência, entidade ou indivíduo listado abaixo para compartilhar/receber as informações listadas na Seção I com/do Departamento de Serviços de Desenvolvimento:

Nome

Organização

Endereço

SEÇÃO III. Propósito da Divulgação. Favor declarar o propósito do uso ou divulgação de informações (ex., cuidados médicos, legal, seguro, pessoal, etc. – seja específico. Se você não quiser indicar um motivo, você pode simplesmente escrever: “por minha solicitação”, se você for iniciar o pedido)

Qualquer outro uso ou divulgação dessas informações é proibido pelos estatutos de Massachusetts e pelas regulações e políticas do Departamento.

SEÇÃO IV. Divulgação(ões) Adicional(is). O Departamento de Serviços de Desenvolvimento ou o prestador, agência, entidade ou indivíduo listado na Seção II pode compartilhar minhas informações com essa(s) pessoa(s) ou organização:

Nome

Organização

Endereço

SEÇÃO V. Certificação. Eu fui informado sobre as vantagens e desvantagens de divulgar as informações acima e eu realizo a divulgação de forma voluntária. Eu compreendo que tenho o direito de revogar a autorização a qualquer momento. Se eu revogar essa autorização, eu devo fazer isso por escrito e apresentá-lo a pessoa/local/agência que foi autorizada a divulgar a informação. Eu compreendo que a revogação não se aplica a informações que já tenham sido divulgadas em resposta a esta autorização.

Essa autorização expira em _____ (data ou evento – não pode exceder um ano). Eu compreendo que, uma vez que as informações acima tenham sido divulgadas, o destinatário pode divulgá-la novamente e a informação pode não estar protegida por leis ou regulações de privacidade federais ou estaduais. Eu compreendo que a autorização de uso ou divulgação das informações identificadas acima é voluntária. Eu compreendo que eu não preciso assinar este formulário para continuar a receber serviços de saúde do DSD.

Assinatura do Indivíduo que é Sujeito da Informação ou do Guardiã

Data

Nome por extenso (e identificação da autoridade legal se assinado por Guardiã ou outro Representante Legal/Autorizado)

SEÇÃO VI. Autorizações Específicas. Eu autorizo especialmente a divulgação da(s) seguinte(s) informação(ões) (favor assinalar tudo que se aplica):

- Na condição em que meu registro médico contenha informações a respeito de exames de anticorpos e antígenos de HIV que são protegidos pela M.G.L. c.111 S.70F, um diagnóstico ou tratamento de HIV/AIDS, eu autorizo especialmente a liberação ou divulgação de tais informações.
- Na condição em que meu registro médico contenha informações a respeito de tratamento para alcoolismo ou dependência química, os quais são protegidos por Regulação Federal, 42 CFR, Part 2, eu autorizo especialmente a liberação ou divulgação de tais informações.

Assinatura do Indivíduo que é Sujeito da Informação do ou Guardiã

Data

INSTRUÇÕES:

1. Este formulário deve ser completamente preenchido (com exceção das Divulgações Especialmente Autorizadas) para ser considerado válido.
2. Certifique-se de que a data de validade ou evento listado na página 2 é factível.

3. Distribuição das cópias: Original para o prestador; cópia para o indivíduo ou representante pessoal; cópia para pessoa/local/agência que está fazendo a solicitação.

INSTRUÇÕES FINAIS PARA SUBMETER UMA SOLICITAÇÃO AO DSD

- Certifique-se de que todas as informações nesta solicitação estão preenchidas
- Certifique-se de que todas as assinaturas necessárias estão preenchidas
- Anexe toda a documentação exigida para esta solicitação
- Nas páginas a seguir, leia a NOTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE (4 páginas)
 - Retenha as quatro páginas da Notificação de Práticas de Privacidade para seus próprios registros
 - Assine e entregue a Notificação do Formulário de Reconhecimento das Práticas de Privacidade juntamente com a solicitação

Encaminhe este pacote preenchido para o Escritório Regional A/C A Equipe de Elegibilidade Regional identificada abaixo. Se você tiver alguma dúvida antes de enviar sua solicitação e os anexos necessários, fique à vontade para entrar em contato com a sua Equipe de Elegibilidade Regional local.

DSD Região Central/Oeste

140 High Street
Springfield, MA 01105
Central Telefônica: **(413)-205-0940**
Fax: (413) 205-1603

DSD Região Metropolitana
465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
Central Telefônica: **(781) 314-7513**
Fax **781-314-7539**

DSD Região Sudeste

151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
Central Telefônica **(508)-866-8800**
Número Fax: (508) 866-8859

DSD Região Nordeste

Hogan Regional Center
PO Box A Hathorne, MA 01937
Central Telefônica: **(978) 774-5000 x850**
FAX 978-739-0420

O Estado de Massachusetts

Escritório Executivo de Serviços de Saúde & Sociais
Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Notificação do Formulário de Reconhecimento das Práticas de Privacidade

Nome do Solicitante: _____

Local/Região/Área/Programa: _____

Eu revisei uma cópia da Notificação das Práticas de Privacidade do DSD

Assinatura: _____ Data _____
Representante Pessoal com autoridade legal para tomar decisões de cuidado de saúde

Se assinado por um Representante Pessoal:

Nome por extenso: _____

Função: _____ (pai/ guardião etc.)

Testemunha: _____ Data: _____

Este formulário deve ser mantido por um período de pelo menos seis anos nos registros adequados, de acordo com o guia de Privacidade do DSD

O Estado de Massachusetts

Escritório Executivo de Serviços de Saúde & Sociais
Departamento de Serviços de Desenvolvimento

MANTENHA ESTE DOCUMENTO PARA SEU REGISTRO

NOTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTA NOTIFICAÇÃO DESCREVE COMO INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS SOBRE VOCÊ PODEM SER UTILIZADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESSAS INFORMAÇÕES. FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE.

Propósito:

Este aviso é para informá-lo sobre as práticas de privacidade do Departamento de Serviços de Desenvolvimento e os deveres legais relacionados à proteção da privacidade de seus registros médicos ou de saúde que criamos ou recebemos. Este aviso também explica seus direitos sobre suas informações de saúde e as responsabilidades do Departamento. Conforme explicado abaixo, somos obrigados por lei a garantir que informações médicas ou de saúde que o identifiquem sejam mantidas privativas.

Se você tiver alguma dúvida sobre o conteúdo desta Notificação de Práticas de Privacidade, se precisar entrar em contato com alguém no Departamento sobre qualquer informação contida nesta Notificação de Práticas de Privacidade, ou se você tiver uma queixa sobre as Práticas de Privacidade do Departamento, você pode entrar em contato com o Gabinete de Privacidade do Departamento em:

Agente de Privacidade
Departamento de Serviços de Desenvolvimento
500 Harrison Avenue
Boston, MA 02118
(888) 367-4435, ramal 7717

I. O que são informações de saúde protegidas?

Informações de saúde protegidas (**PHI**) são informações que o Departamento reúne sobre sua saúde ou condição passada, presente ou futura, sobre a prestação de cuidados de saúde para você ou sobre o pagamento de cuidados de saúde. Seja com base em nossas políticas de confidencialidade ou na lei aplicável, o Departamento tem um compromisso de longa data para proteger sua privacidade e qualquer informação de saúde pessoal que possuímos sobre você. De acordo com a lei federal, somos obrigados a entregar-lhe esta Notificação sobre nossas práticas de privacidade que explica como, quando e por que podemos usar ou divulgar suas PHI.

Você pode solicitar uma cópia da notificação de qualquer Escritório do Departamento de Serviços de Desenvolvimento. Ela também está disponível em nosso site no www.dds.state.ma.us.

II. Como o Departamento pode Utilizar ou Divulgar Suas PHI?

A fim de oferecer serviços para você, o DSD deve utilizar e divulgar Informações Protegidas de Saúde de diversas formas. A seguir, você encontra exemplos dos tipos de usos e divulgações das PHI que são permitidas *sem sua autorização*.

De forma geral, o Departamento pode utilizar ou divulgar suas PHI como a seguir:

- **Para Tratamento:** O DSD pode usar PHI sobre você para lhe fornecer tratamento ou serviços. Por exemplo, os membros da equipe de tratamento podem discutir internamente suas PHI para desenvolver e executar um plano para seus serviços. O DSD também pode divulgar PHI sobre você para pessoas ou prestadores de serviços fora do Departamento que possam estar envolvidos em seus cuidados médicos, mas somente a quantidade mínima necessária de informações será usada ou divulgada para executar isso.
- **Para Obter Pagamento:** O DSD pode usar ou divulgar suas PHI para poder cobrar e receber pagamento para seus serviços de cuidado à saúde. Por exemplo, o DSD pode liberar partes de suas PHI para o programa Medicaid, Escritório de Seguro Social, funcionários do Departamento ou para uma seguradora privada.
- **Para Operações de Cuidado de Saúde:** O DSD pode usar ou divulgar sua PHI no curso da operação das instalações do Departamento, escritórios, centros de desenvolvimento e todos os outros programas do Departamento. Esses usos e divulgações são necessários para executar nossos programas, incluindo garantir que todos os nossos consumidores recebam cuidados de qualidade. Por exemplo, podemos usar sua PHI para melhorar a qualidade para analisar nosso tratamento e serviços e avaliar o desempenho do Departamento e/ou equipe prestadora ao cuidar de você. Também podemos divulgar informações a médicos, enfermeiros, técnicos, estudantes de medicina e outros funcionários, conforme listado acima, para fins de revisão e aprendizagem. Também pode ser necessário obter ou trocar suas informações com outras agências do estado de Massachusetts.

A lei declara que nós podemos utilizar ou divulgar suas PHI *sem consentimento ou autorização* nas seguintes circunstâncias:

- **Quando Exigido por Lei e Para Funções Governamentais Específicas:** O DSD pode divulgar PHI quando uma legislação exige que nós relatem informações sobre suspeita de abuso, negligência ou violência doméstica, ou relacionadas a atividade criminosa suspeita ou em resposta a uma ordem judicial. Também podemos divulgar PHI às autoridades que monitoram a conformidade com esses requisitos de privacidade. Também podemos divulgar a PHI aos programas de benefícios governamentais relativos à elegibilidade e inscrição, como Medicaid, para reivindicações de indenização de trabalhadores, e por razões de segurança nacional, como a proteção do Presidente.
- **Para Atividades de Saúde Pública e Segurança:** O DSD pode divulgar PHI quando formos solicitados a coletar informações sobre uma doença ou injúria ou para relatar estatísticas vitais para uma autoridade de saúde pública, relatando reações adversas a medicamentos, *recalls* de produtos ou prevenindo doenças.
- **Para Atividades de Observação de Saúde:** O DSD pode divulgar PHI dentro do Departamento ou para outras agências responsáveis pelo monitoramento do sistema de saúde, com objetivos como relatar ou investigar incidentes incomuns e monitorar o programa Medicaid.
- **Relacionados a Óbitos:** O DSD pode divulgar PHI relacionados a um óbito para legistas, investigadores médicos ou diretores funerários e para organizações de obtenção de órgãos relacionadas a doações ou transplantes de órgãos, olhos ou tecidos. Informações também podem ser divulgadas quando relacionadas a investigações internas ou externas.
- **Para Fins de Pesquisa, Auditoria ou Avaliação:** Em determinadas circunstâncias e sob a supervisão de um comitê de revisão de pesquisa, o DSD pode divulgar PHI para pesquisadores aprovados e seus subordinados a fim de auxiliar a pesquisa.

- **Para Responder a Processos e Ações Legais:** O DSD pode compartilhar informações de saúde sobre você em resposta a uma ordem judicial ou administrativa ou em resposta a uma intimação na medida autorizada por leis estaduais ou federais, incluindo mas não limitado a G.L. c. 123B, § 17 (Confidencialidade de Registros do DSD); G.L. c. 66A, § 2 (Leis de Práticas Justas de Informação); G.L. c. 111, § 70(f) (exames de HIV); G.L. c. 111B, § 11 (tratamento alcoolismo); e G.L. c. 111E, § 18 (tratamento contra drogas).
- **Para Evitar Ameaça(s) à Saúde ou Segurança:** Para evitar uma séria ameaça para a saúde ou a segurança, o DSD pode divulgar PHI conforme necessário para a aplicação da lei ou para outras pessoas que possam razoavelmente prevenir ou diminuir a ameaça de danos.

III. Usos e Divulgações de PHI que Necessitam de sua Autorização.

Para usos e divulgações que não sejam para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, somos obrigados a ter sua autorização por escrito, a menos que o uso ou divulgação caia dentro de uma das exceções descritas acima. As autorizações podem ser revogadas a qualquer momento para interromper futuras utilizações/divulgações, exceto na medida em que já realizamos uma ação com base em sua autorização.

IV. Usos e Divulgações Limitados a Famílias, Amigos e Outros para os Quais Você Não Tenha Objeção

Nós podemos divulgar uma quantidade limitada das suas PHI para familiares, amigos ou outros envolvidos com seu cuidado se nós informarmos você com antecedência e você não fizer objeções, desde que a lei não proíba a divulgação de outra forma.

V. Sua(s) Preferência(s) de Como o DSD Compartilha suas Informações de Saúde Protegidas

Para determinadas informações de saúde, você pode informar ao DSD suas preferências de como/o que nós podemos compartilhar. Nesses casos, você tem tanto o direito como a escolha de informar o DSD para:

- Compartilhar informações com sua família, amigos próximos ou outros envolvidos no seu cuidado;
- Compartilhar informações em uma situação de alívio de desastre;
- Incluir suas informações no arquivo de um hospital/clínica;
- Contatar você para iniciativas de arrecadação de fundos.

Se você não for capaz de nos dizer suas preferências, se você estiver, por exemplo, inconsciente, o DSD pode compartilhar suas informações se nós acreditarmos que é para seu melhor interesse. Nós também podemos compartilhar suas informações quando necessário para reduzir uma ameaça séria e iminente para a saúde ou segurança.

VI. Divulgações Proibidas

O Departamento nunca usará ou divulgará suas informações de saúde protegidas para fins de marketing, para venda de suas informações ou para a maioria dos compartilhamentos de suas anotações de psicoterapia, a menos que você tenha fornecido sua permissão por escrito autorizando tal. No caso de angariação de fundos, o DSD pode entrar em contato com você para iniciativas de arrecadação de fundos - mas você pode informar o DSD para não entrar em contato novamente.

VII. Seus Direitos a Respeito de Suas Informações de Saúde Protegidas

Você tem os seguintes direitos em relação a suas informações de saúde protegidas:

- **De Obter uma Cópia desta Notificação de Práticas de Saúde:** Você pode solicitar ao DSD uma cópia impressa desta notificação a qualquer momento.
- **De Inspecionar e Solicitar uma Cópia de Suas PHI:** A menos que o acesso aos seus registros seja restrito por motivos claros e documentados de tratamento, você tem o direito de inspecionar e obter uma cópia da sua ficha e informações de saúde protegidas por meio eletrônico com seu pedido por escrito. Um pedido deve ser feito ao Diretor de Privacidade através do seu coordenador de serviço ou Escritório de Área. O DSD responderá ao seu pedido no prazo de 30 dias. Se você quiser cópias de suas PHI, uma taxa pode ser definida.
- **De Escolher Alguém para Agir por Você:** Se você deu a alguém poder de advogar medicamento ou se alguém é seu tutor legal, essa pessoa pode exercer seus direitos e fazer escolhas sobre suas informações de saúde na medida autorizada por lei. O DSD irá respeitar os pedidos/escolhas do seu representante legalmente autorizado na medida autorizada por lei.
- **De Solicitar Restrições de Usos/Divulgações:** Você tem o direito de solicitar que o DSD limite como usamos ou divulgamos suas PHI ou solicitar que o DSD não use ou compartilhe certas informações de saúde para tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde. O Departamento considerará seu pedido, mas não está legalmente obrigado a aceitar a restrição se isso afetar seus cuidados ou provisão de serviços. Se você pagar o serviço ou o item de cuidados de saúde de forma integral, você pode pedir que o DSD não compartilhe essas informações para fins de pagamento ou nossas operações com sua seguradora de saúde.
- **De Decidir Como Nós Podemos Contatar Você:** Você tem o direito de solicitar que o DSD envie informações para você em um endereço ou de forma alternativa; incluindo solicitar que nós contatemos você através de comunicação confidencial.
- **De Solicitar Modificações de suas PHI:** Se você acredita que há um erro ou falta de informações em nosso registro de sua PHI, você pode solicitar, por escrito, que o DSD corrija ou adicione algo ao registro. O DSD responderá no prazo de 60 dias após receber o seu pedido. Qualquer negação indicará o motivo da negação e explicará seus direitos de ter o pedido e a negação, juntamente com qualquer declaração em resposta que você fornecer, anexada à sua PHI.
- **De Solicitar uma Contagem de que Divulgações Foram Feitas:** Em determinadas circunstâncias, você tem o direito de receber uma lista de quando, a quem, por quê e qual conteúdo de suas PHI foram liberadas.
- **De Registrar uma Reclamação:** Se você acredita que o DSD violou seus direitos de privacidade ou se você discorda de uma decisão que o Departamento fez sobre acesso a suas PHI, você pode registrar uma reclamação com o Agente de Privacidade do DSD. Você também pode registrar uma reclamação no Escritório de Direitos Cíveis do Departamento de Serviços de Saúde e Humanos dos EUA enviando uma carta para 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ligando para o 1-877-696-6775, ou visitando a página do HHS no: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. O Departamento não tomará nenhuma ação retaliatória contra você por fazer tal reclamação.

VIII. Responsabilidade de Privacidade e Segurança do DSD

O Departamento possui as seguintes responsabilidades relacionadas a suas informações de saúde protegidas:

- **Proteger a Privacidade de Suas Informações de Saúde:** O DSD é exigido por lei a manter a privacidade e segurança de suas informações de saúde protegidas.
- **Notificar Você sobre Falhas:** O DSD irá entrar em contato com você imediatamente se houver uma falha na segurança que possa comprometer a privacidade ou segurança de suas informações de saúde não-seguradas.
- **Notificação de Práticas de Privacidade:** O DSD deve aderir aos deveres e práticas de privacidade descritas nesta notificação e tornar cópias desta disponíveis para você.

- **Usos e Divulgações Autorizados:** O DSD não utilizará ou compartilhará suas informações de outras formas que não as descritas nesta notificação, a menos que autorizado por você por escrito. Você também pode mudar de opinião e revogar sua autorização a qualquer momento contatando o Departamento por escrito.

Para informações adicionais, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Aplicação e Data Efetiva:

Esta notificação se aplica ao uso ou divulgação de informações de saúde protegidas em todas as Localidades, Escritórios, Centros de Desenvolvimento ou Regionais do Departamento e todos os outros programas do Departamento, incluindo o uso ou divulgação das PHI por indivíduos ou entidades engajadas em um acordo organizado de cuidado à saúde (OHCA) com o Departamento. Qualquer indivíduo ou entidade tão engajado com o DSD em um OHCA deve aderir aos deveres e práticas de privacidade do DSD como descrito nesta notificação.

Esta notificação torna-se efetiva em 14 de abril de 2003 (revisado em 1 de setembro de 2014). O Departamento se reserva o direito de fazer modificações nestas práticas de privacidade e nos termos desta Notificação a qualquer momento. A nova notificação ficará disponível após solicitação, em qualquer Escritório do DSD e na página da internet do Departamento.

ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE DESENVOLVIMENTO
Entrada e Elegibilidade Regional
Cidades da Região

DSD da Região Central/Oeste
Coordenador Regional de Elegibilidade
140 High Street
Springfield, MA 01105
Central Telefônica: (413)-205-0940
Fax: (413) 205-1605

Cidades do CENTRO/ OESTE:

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, Westminster, West Springfield, West Stockbridge, Whately, Whitinsville, Wilbraham, Williamsburg, Williamstown, Winchendon, Windsor, Worthington, Worcester

**ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE DESENVOLVIMENTO
Entrada e Elegibilidade Regional
Cidades da Região**

**DSD da Região Metropolitana
Coordenador Regional de Elegibilidade
465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
Central Telefônica: (781) 314-7513
Número Fax: (781) 314-7539**

Cidades da Região Metropolitana:

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

**ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE DESENVOLVIMENTO
Entrada e Elegibilidade Regional
Cidades da Região**

**DSD da Região Nordeste
Coordenador Regional de Elegibilidade
Hogan Regional Center
PO Box A
Hathorne, MA 01937
Central Telefônica: (978) 774-5000 x850
Número Fax: (978)739-0420**

Cidades da Região Nordeste:

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

**ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE DESENVOLVIMENTO
Entrada e Elegibilidade Regional
Cidades da Região**

**DSD da Região Sudeste
Coordenador Regional de Elegibilidade
151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
Central Telefônica (508)-866-5000
Número FAX (508)-866-8859**

Cidades da Região Sudeste

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, Mattapoisett, 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