

Mẫu Đơn Miễn Trách Nhiệm và Cho Phép Cung Cấp Hồ Sơ Y Tế ABI/MFP Của MassHealth

Đánh giá để nhận các Quyền lợi Miễn trừ từ MassHealth

Mẫu Đơn Miễn Trách Nhiệm và Cho Phép Cung Cấp Hồ Sơ Y Tế này được sử dụng cho các chương trình miễn trừ của MassHealth về Chấn Thương Sọ Não (ABI) và Kế Hoạch Tái Hòa Nhập về Cộng Đồng (MFP). Mục đích của mẫu đơn này là để xin phép các bác sĩ của quý vị cung cấp thông tin y tế của quý vị. Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP sẽ sử dụng thông tin này để xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia chương trình miễn trừ ABI hoặc MFP mà quý vị đang nộp đơn hay không. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, Bộ Dịch Vụ Phát Triển Massachusetts (DDS) và MassAbility sẽ sử dụng thông tin y tế này để lên kế hoạch và điều phối các quyền lợi miễn trừ của quý vị.

Hướng Dẫn Điền Mẫu Đơn Cung Cấp Hồ Sơ Y Tế

Vui lòng đọc kỹ các hướng dẫn này. Chúng tôi cần bản sao hồ sơ y tế của quý vị để xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia chương trình miễn trừ hay không. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào, các bác sĩ của quý vị không thể chia sẻ thông tin của quý vị với Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP và chúng tôi sẽ không thể quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện tham gia chương trình miễn trừ ABI hoặc MFP mà quý vị đang xin hay không. Đây là những thông tin quý vị cần biết để gửi mẫu đơn này.

- Ký tên và ghi ngày vào Mẫu Đơn Miễn Trách Nhiệm và Cho Phép Cung Cấp Hồ Sơ Y Tế ABI/MFP Của MassHealth.
- Tất cả các chữ ký phải dùng bút mực và phải là bản chính. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký.
Quý vị có thể dùng chữ ký điện tử.
- Chỉ ký một chữ ký trên một dòng.
- Gửi mẫu đơn này đến

Email:
ABIinfo@umassmed.edu
hoặc MFPinfo@umassmed.edu

Fax:
(508) 856-7754
hoặc (855) 899-7754

Thư:
Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613

PHẦN I

Tôi cho phép bác sĩ mà tôi đã liệt kê trong Mục 2 chia sẻ thông tin y tế mà tôi đã nêu trong Mục 3 về tôi
(Vui lòng viết chữ in họ tên của người nộp đơn hoặc thành viên) với Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP.

(Xin lưu ý rằng **quý vị phải cung cấp chữ ký của mình trong Mục 5** để các bác sĩ của quý vị được phép chia sẻ thông tin y tế của quý vị.)

PHẦN 2

Vui lòng viết chữ in tên của các bác sĩ nào có thể chia sẻ thông tin y tế của quý vị với Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP. **Nếu quý vị muốn hơn ba bác sĩ chia sẻ thông tin y tế, vui lòng điền một mẫu đơn thứ hai cho phép cung cấp hồ sơ y tế hoặc liên lạc với chúng tôi để nhận mẫu đơn bổ sung.**

Bác sĩ #1

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc bác sĩ khác:

Số nhà và tên đường:

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip:

Điện thoại:

Bác sĩ #2

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc bác sĩ khác:

Số nhà và tên đường:

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip:

Điện thoại:

Bác sĩ #3

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc bác sĩ khác:

Số nhà và tên đường:

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip:

Điện thoại:

MỤC 3

Các bác sĩ được liệt kê trong Mục 2 có thể chia sẻ những thông tin sau đây với một Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP để xác định tính hội đủ điều kiện nhận Miễn trừ cho ABI/MFP. Nếu quý vị đủ điều kiện, chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin này với DDS và MassAbility để lập kế hoạch chăm sóc và điều phối chăm sóc theo các quyền lợi miễn trừ của quý vị.

Tất cả hồ sơ y tế hoặc thông tin khác về việc điều trị, nhập viện và/hoặc chăm sóc ngoại trú của quý vị cho các tình trạng bệnh bao gồm:

- Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- xét nghiệm di truyền (Xem M.G.L. c. 111 § 70G.)
- Ảnh hưởng của các khiếm khuyết đối với các hoạt động sinh hoạt hằng ngày và khả năng làm việc
- Thông tin sử dụng chất gây nghiện
- khác (vui lòng mô tả):

Đánh dấu ở đây nếu quý vị không muốn bác sĩ chia sẻ thông tin về

- ☐ Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
☐ xét nghiệm di truyền (Xem M.G.L. c. 111 § 70G.)

MỤC 4

Bất kỳ thông tin y tế nào mà bác sĩ cung cấp cho một Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP sẽ tiếp tục được bảo vệ bởi luật của liên bang về quyền riêng tư.

Quyền cho phép chia sẻ thông tin y tế này với Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trừ ABI/MFP sẽ hết hiệu lực sau 12 tháng kể từ ngày quý vị ký vào mẫu đơn này, trừ khi quý vị hủy bỏ giấy phép đó bằng văn bản trước thời điểm này.

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ quyết định cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thư đến các bác sĩ mà tôi đã liệt kê trong Mục 2.

Tôi hiểu rằng ngay cả khi tôi hủy bỏ quyết định cho phép này, các bác sĩ mà tôi liệt kê trong Phần Mục 2 không thể thu hồi lại bất kỳ thông tin nào đã chia sẻ với một Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP trong khoảng thời gian mà tôi đã cho phép các bác sĩ được chia sẻ trước đó.

Tôi hiểu rằng quyết định của tôi cho phép các bác sĩ chia sẻ thông tin y tế cho mục đích hưởng quyền lợi theo Chương trình Miễn Trừ ABI/MFP của MassHealth là tự nguyện. Tôi cũng hiểu rằng thông tin này sẽ **không** được sử dụng để xác định xem tôi có đủ điều kiện hưởng quyền lợi của Chương trình Miễn Trừ MassHealth hoặc để lên kế hoạch chăm sóc và **điều phối chăm sóc theo các miễn trừ của MassHealth nếu tôi không ký tên trong Mục 5 dưới đây** để cho phép các bác sĩ chia sẻ thông tin y tế của tôi.

MỤC 5

Chữ ký của người nộp đơn/thành viên:	Ngày:
Viết chữ in Họ Tên của người nộp đơn/thành viên:	Ngày sinh:
Số nhà và tên đường:	Điện thoại:
Thành Phố/Thị Trấn:	Tiểu Bang: Mã Zip:

Nếu mẫu đơn này được điền bởi một người có thẩm quyền hợp pháp thay mặt cho người nộp đơn/thành viên (chẳng hạn như người đại diện đủ tư cách hoặc người giám hộ hợp pháp), vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin sau:

Chữ ký của người điền đơn này:	Ngày:
Viết chữ in Họ Tên:	
Thẩm quyền của người điền mẫu đơn này để đại diện cho người nộp đơn/thành viên: Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao của tài liệu chứng nhận người này có quyền đại diện cho người nộp đơn/thành viên.	

Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP sẽ trả lại cho quý vị một bản sao của Mẫu Đơn Cho Phép Cung Cấp Hồ Sơ Y Tế đã ký này để quý vị lưu giữ trong hồ sơ của mình. Quý vị cũng có thể yêu cầu một bản sao khác của Mẫu Đơn Cho Phép Cung Cấp Hồ Sơ Y Tế đã ký này bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với một Đơn vị Xét Duyệt Điều Kiện Lâm Sàng của Chương trình Miễn Trách Nhiệm ABI/MFP theo địa chỉ sau.

Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613