MassHealth
成人残障增补表

马萨诸塞州 | 卫生与公众服务部执行办公室

填写增补表说明

您已在 MassHealth 申请表中说明您有残障。残障标准要求残障已持续或预计将持续至少 12 个月。为了确保您符合 MassHealth 的资格，残障评估服务部（DES）将审查您的申请表，包括本残障增补表。

如需根据您的残障获得 MassHealth，您需要告诉我们以下信息：

- 您的医疗和精神健康提供者；以及
- 您过去五年的工作经历。

完整填写残障增补表将向我们提供帮助我们迅速做出决定所需的信息。

开始之前请阅读以下说明。

- 用大写字母填写或清楚地填写，尽您的最大努力填写增补表。
- 为您在增补表中列出的每一个医疗和精神健康提供者签署一份披露受保护健康信息授权表，并注明日期。
- 填写完增补表后，请将其寄至：

  Disability Evaluation Services (DES)
  PO Box 2796
  Worcester, MA 01613-2796

DES 将向您列出的服务提供者索取您的医疗和治疗记录。如果您有任何医疗记录，请随本表送交一份副本。如果需要更多信息或测试，DES 工作人员将与您联系。完整填写本增补表将加快确定您的资格的流程。

这不是医疗福利申请表。如果您尚未填写 MassHealth 申请表，除本表外，您还必须填写一份申请表。如果您对如何申请有任何疑问，请电洽 MassHealth 客户服务中心，电话 (800) 841-2900。请电洽 TDD/TTY: 711（供失聪者、听力或语言障碍者使用）。

如果您在填写本表时需要帮助，您可以打电话给 **DES** 服务代表，电话 **(800) 888-3420**。请填写本表的每个部分。如果您未填写每个部分，我们可能无法对您的残障做出决定。

关于您的信息

出生时指定的性别

- ☐ 男
- ☐ 女

以下哪一项最适当地描述您目前的性别认同?

- ☐ 男
- ☐ 女
- ☐ 跨性别男性
- ☐ 跨性别女性
- ☐ 性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非男性亦非女性
- ☐ 性别认同未列出
  请具体说明 _____
- ☐ 不知道
- ☐ 选择不回答

姓 名	中间名首字母

社会安全号码最后四位数	MassHealth Medicaid ID	出生日期(月/日/年)

街道地址 公寓号码	城市	州	邮编

家中电话	手机	电邮地址

您住在哪里?(勾选一项)

☐ 住房或公寓 ☐ 州政府设施 ☐ 康复医院 ☐ 团体住宅
☐ 疗养院 ☐ 无家可归 ☐ 其他(请具体说明) _____

您是否申请了社会安全金或补充安全收入(SSI)/社会安全残障保险(SSDI)福利? ☐ 是 ☐ 否

您是否获得了 SSI/SSDI 批准? ☐ 是 ☐ 否

如果您有批准函副本, 请随附在本增补表中。

第 1 部分:您的健康问题

请列出并描述您所有的医疗和精神健康问题。如果您正在接受该问题的治疗, 请告诉我们是哪种治疗方法。

医疗或精神健康问题	
请描述相关的症状或疼痛	
问题开始日期	药物/治疗方法

医疗或精神健康问题	
请描述相关的症状或疼痛	
问题开始日期	药物/治疗方法

医疗或精神健康问题	
请描述相关的症状或疼痛	
问题开始日期	药物/治疗方法

您的任何健康问题是否在事故或受伤后开始? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 请解释。

您是……(勾选一项) ☐ 习惯用右手? ☐ 习惯用左手?

第 2 部分：有关您的所有医疗和精神健康提供者的信息

请列出自从您的健康问题开始以来为您治疗的每一个医疗和精神健康提供者。医疗或精神健康提供者可能包括为您提供治疗服务的医生、心理学家、治疗师、社会工作者、物理治疗师、脊椎按摩师、医院、保健中心或诊所。如果没有足够的空白填写，您可以在另一张纸上填写。

医疗或精神健康提供者姓名/名称	
就诊的原因	该就诊是在过去 12 个月内吗? ☐ 是 ☐ 否
医疗或精神健康提供者姓名/名称	
就诊的原因	该就诊是在过去 12 个月内吗? ☐ 是 ☐ 否
医疗或精神健康提供者姓名/名称	
就诊的原因	该就诊是在过去 12 个月内吗? ☐ 是 ☐ 否
医疗或精神健康提供者姓名/名称	
就诊的原因	该就诊是在过去 12 个月内吗? ☐ 是 ☐ 否
医疗或精神健康提供者姓名/名称	
就诊的原因	该就诊是在过去 12 个月内吗? ☐ 是 ☐ 否

请为您在本表中列出的每一个医疗和精神健康提供者填写一份**披露受保护健康信息授权表**。请务必在每份表格中签名并注明日期。这些授权表位于本资料包的末尾。如果您需要更多份披露受保护健康信息授权表，请电洽 MassHealth 客户服务中心，电话 (800) 841-2900，TTY: 711，或从以下网站下载该表 mass.gov/lists/masshealth-member-forms。

第 3 部分：您的语言

您会说英语吗? ☐ 是 ☐ 否

您听得懂英语吗? ☐ 是 ☐ 否

您会用英语阅读吗? ☐ 是 ☐ 否

您会用英语书写吗? ☐ 是 ☐ 否

您的首选语言是什么? _____

您能用您的首选语言阅读吗? ☐ 是 ☐ 否

您能用您的首选语言书写吗? ☐ 是 ☐ 否

第 4 部分：学校

请勾选您完成的最高年级。

☐ 学前班 ☐ 1 年级 ☐ 2 年级 ☐ 3 年级 ☐ 4 年级 ☐ 5 年级 ☐ 6 年级

☐ 7 年级 ☐ 8 年 ☐ 9 年级 ☐ 10 年级 ☐ 11 年级 ☐ 12 年级

☐ 高中毕业等同学历（GED） ☐ 专科学位 ☐ 学士学位

您在哪一年完成了该年级的学业? _____ 您是在哪里上学的? _____

您是否曾留级? ☐ 是 ☐ 否

您在学校是否曾接受过任何特殊帮助或为您安排过任何通融措施? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定

您有学习残障吗? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定

您是否曾接受过特殊教育? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定

您是否曾完成 12 年级以上的教育? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，请列出您的学位和专业。 _____

您是否曾接受过任何其他培训? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 请填写以下栏目。

培训类型		
年份	您完成了培训吗? ☐ 是 ☐ 否	您获得了证书或执照吗? ☐ 是 ☐ 否
培训类型		
年份	您完成了培训吗? ☐ 是 ☐ 否	您获得了证书或执照吗? ☐ 是 ☐ 否
培训类型		
年份	您完成了培训吗? ☐ 是 ☐ 否	您获得了证书或执照吗? ☐ 是 ☐ 否

第 5 部分: 您过去五年从事的工作

您目前在工作吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答否, 您是什么时候停止工作的?日期 ____ /____ /_____

您的任何医疗或精神疾病是否曾在工作中构成问题? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 请解释

请列出您过去五年从事的所有工作。请尽您的最大努力填写。如果您不知道确切的日期, 请填写您的最佳猜测日期。
从您现在的工作或上一份工作开始。
如果您需要添加(过去五年内从事的)其他工作, 请在本表中包括以下信息。

1.工作职称:	工作日期: 从(月/年):	至(月/年):

工作职责(请列出您曾做过的所有工作):

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?

请勾选您最常提起或提拿的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

请勾选您曾提起的最重的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

您每天从事以下每一项活动多少小时?

走路 _____ 伸手拿东西 _____ 弯腰 _____ 处理小物体 _____

站立 _____ 坐立 _____ 处理大物体 _____

离职的原因:

2.工作职称:	工作日期: 从(月/年):	至(月/年):

工作职责(请列出您曾做过的所有工作):

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?

请勾选您最常提起或提拿的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

请勾选您曾提起的最重的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

您每天从事以下每一项活动多少小时?

走路 _____ 伸手拿东西 _____ 弯腰 _____ 处理小物体 _____

站立 _____ 坐立 _____ 处理大物体 _____

离职的原因:

3.工作职称:	工作日期:从(月/年):	至(月/年):

工作职责(请列出您曾做过的所有工作):

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?

请勾选您最常提起或提拿的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

请勾选您曾提起的最重的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

您每天从事以下每一项活动多少小时?

走路 _____ 伸手拿东西 _____ 弯腰 _____ 处理小物体 _____

站立 _____ 坐立 _____ 处理大物体 _____

离职的原因:

4.工作职称:	工作日期:从(月/年):	至(月/年):

工作职责(请列出您曾做过的所有工作):

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?

请勾选您最常提起或提拿的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

请勾选您曾提起的最重的重量(勾选一项):

☐ 不到 10 磅 ☐ 10 磅 ☐ 20 磅 ☐ 25 磅 ☐ 50 磅 ☐ 超过 50 磅

您每天从事以下每一项活动多少小时?

走路 _____ 伸手拿东西 _____ 弯腰 _____ 处理小物体 _____

站立 _____ 坐立 _____ 处理大物体 _____

离职的原因:

第 6 部分:您的评论

请在此处填写有关您无法工作原因的任何其他信息。

第 7 部分：您的签名和权利

本部分必须填写。

您享有隐私权。本表中的信息是保密信息。我们将采取一切可能的预防措施确保您的隐私权。

重要事项：如果本表由拥有法定授权的人代表申请人填写，则该人士必须在下方签名，并随附相应的完整法律文件（例如，经授权代表指定表（**ARD**）、监护权表或委托书）。

我在下方签署本申请表则表示，据我所知，我在本申请表中提交的内容和陈述是真实和完整的，我同意接受并遵守上述 **MassHealth** 和 **Health Connector** 计划的权利和责任，如有不实愿受作伪证之处罚。

申请人或经授权代表/监护人签名 _____

用大写字母填写姓名 _____ 日期 ____ /____ /_____

如需索取 **ARD**，请电洽 **MassHealth** 客户服务中心，电话 **(800) 841-2900**，**TDD/TTY: 711**。您也可以从以下网站下载该表：**mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download**。

残障评估服务部（**DES**）可向经授权代表发送通知副本。您的签名并不授权 **DES** 接收您的医疗记录。请填写并签署随附的披露受保护健康信息授权表。

帮助填写本表

您需要有人帮助填写本表吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，您为什么需要帮助？

_____

提醒通知

您是否记住

- 为您在第 **2** 部分中列出的每一个医疗或精神健康提供者填写一份披露受保护健康信息授权表？
- 在所有的披露受保护健康信息授权表中签名？
- 在上方本残障增补表中签名？
- 需要时包括一份填妥并签名的经授权代表指定表（**ARD**）、监护权表或其他法律文件？
- 如果您在填写本表时需要帮助，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

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。

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。

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。

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。

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。