

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。马萨诸塞大学残障评估服务部 (DES) 将审查您的 MassHealth 残障申请表。填写本残障增补表非常重要。

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。这些可能包括您在接受或曾接受过治疗的医生、心理学家、治疗师、社会工作者、物理治疗师、脊椎按摩师、医院、保健中心和诊所;以及
- 您本人:您过去 15 年的工作经历、您的教育背景以及您的日常活动。

填写残障增补表将向我们提供这些信息,帮助我们迅速做出决定。

开始之前请阅读以下说明。

- 打印或清楚地书写,尽您的最大努力填写增补表。
- 为您在增补表中列出的每一位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书表格,并注明日期。
- 填写完增补表后,将其送交至:

Disability Evaluation Services / UMASS Medical DES
P.O.Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

DES 会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。如果增补表中的所有项目均已填写,您的资格将更快地确定。

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 (800) 841-2900 (TTY:(800) 497-4648 (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,您可以拨打马萨诸塞大学残障评估服务部 (DES) 帮助热线 (888) 497-9890。请填写本表的每个部分。如果您未填写每个部分,我们可能无法确定您是否有残障。

有关您的信息 男 女

姓名 中间名首字母		社会安全号码	
街道地址		公寓号码	
城市	州	邮政编码	出生日期(月/日/年)
家庭电话	手机	工作电话/其他电话	

我们可能需要为您安排医生预约。您前往预约的最佳时间是什么?

请勾选适合您的所有时间。

- 任何时间都可以 星期一上午 星期二上午 星期三上午 星期四上午 星期五上午
 星期一下午 星期二下午 星期三下午 星期四下午 星期五下午

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

如果回答是,您是否曾经接受医生的检查?

医生姓名 _____ 检查日期 ____/____/____

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。

请列出您的医疗和/或精神健康问题:	请描述与每种健康问题相关的症状或疼痛:	问题开始日期:	药物/治疗:
抑郁症	一直很累。早上很难起床。白天我经常哭泣。当我哭泣时我无法控制。	2010 年 4 月	无
背痛	疼痛从我的下背部开始,一直延伸到腿部	2007 年 6 月	美他沙酮 (Skelaxin)

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。

第 2 部分:有关您的所有医疗和精神健康提供者的信息

您在过去一年内接受过任何医疗护理吗? 是 否

如果回答是,请列出自从您的任何健康问题开始以来为您治疗的每一位医疗和精神健康提供者。医疗或精神健康提供者可能包括您接受治疗的医生、心理学家、治疗师、社会工作者、物理治疗师、脊椎按摩师、医院、保健中心和诊所。如果没有足够的空白填写,您可以在另一张纸上填写。

如果您仅从一家设施接受治疗,请仅列出该设施。

医疗和精神健康提供者姓名	就诊原因	这次就诊是在过去一年内?
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请您在本列表中列出的每一位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书表格。请务必在每份表格中签名并注明日期。这些授权书表格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书表格,请电洽 MassHealth 客户服务中心,电话号码 (800) 841-2900 (TTY:(800) 497-4648 (供失聪者、听力或语言障碍者使用)), 或者在以下网站下载该表: www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms。

第 3 部分:您的居住地

您住在哪里?(勾选一项)

- 住房或公寓 集体住宿 州政府设施 疗养院 康复医院 无家可归
 其他 (请描述) _____

第 4 部分:您可以做的事情

您是 右手主导吗? 左手主导吗?

您的医疗或精神健康问题是否使您难以做以下任何事情?

	如果是,请勾选此处。	如果是,请在下方解释。
穿衣和洗澡	✓	我的肩膀疼使我很难将手臂举过头顶。这让我很难穿衬衫或洗头发。
做普通的家务	✓	当我抑郁时,我不在乎我的房子是否清洁。
坐立		
站立		
走路		
弯腰		
伸手拿东西		
提起东西		
记住事情		
看到		
听到		
使用双手		
穿衣和洗澡		
做普通的家务		
听音乐		
看电视		
使用电脑		
阅读		
打电话		
外出		
散步		
购物		
看医生		
看望朋友和家人		
上学		
处理钱财/使用取款机(ATM)		
开车		
乘巴士、火车或计程车		
运动		
其他(请描述)		

第 5 部分:您的语言

您会说英语吗? 是 否 有限

您听得懂英语吗? 是 否 有限

您会用英语阅读吗? 是 否 有限

您会用英语书写吗? 是 否 有限

您的母语是什么? _____

您能用您的母语阅读吗? 是 否 有限

您能用您的母语书写吗? 是 否 有限

第 6 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 年级 专科学位
 9 年级 10 年级 11 年级 12 年级 高中毕业等同学 (GED) 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? _____

您是否曾经留级? 是 否

您是否曾接受特殊教育? 是 否 不确定

您是否完成了 12 年以上的学业? 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:	完成:	认证/持照:
建筑行业		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
电子		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
烹饪		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
汽车修理		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
计算机		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
理发		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
美容		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
护士助理		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
文秘		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他(请描述)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

第 7 部分:您的工作

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造成问题? 是 否

如果回答是, 请解释。

第 7 部分:您的工作(续)

请列出您在过去 15 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。如果需要更多空间,请添加一张纸。如果您有简历,可以附上简历。以下是一个例子。

工作职称: 包装工	工作日期:从(月/年): 2012 年 3 月	至(月/年): 2012 年 5 月
工作职责(请列出您做的所有工作): 将三个高尔夫球放入一个小盒子中。将 24 个小盒子装进一个箱子里。用包装胶带密封箱子。将箱子放到平台上。		
您每周工作多少小时? 40 小时	您每小时挣多少钱? \$9.00/每小时	
离职的原因: 搬家		

工作职称:	工作日期:从(月/年):	至(月/年):
工作职责(请列出您做的所有工作):		

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?
离职的原因:	

工作职称:	工作日期:从(月/年):	至(月/年):
工作职责(请列出您做的所有工作):		

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?
离职的原因:	

工作职称:	工作日期:从(月/年):	至(月/年):
工作职责(请列出您做的所有工作):		

您每周工作多少小时?	您每小时挣多少钱?
离职的原因:	

请勾选您在工作中所做的每件事。如果您目前不工作,请勾选您在最后一份工作中所做的每件事。

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 做文书工作 | <input type="checkbox"/> 使用计算机 | <input type="checkbox"/> 组装 | <input type="checkbox"/> 操作机器 | <input type="checkbox"/> 文件归档 |
| <input type="checkbox"/> 为人服务 | <input type="checkbox"/> 计数和包装 | <input type="checkbox"/> 建筑 | <input type="checkbox"/> 使用电话 | <input type="checkbox"/> 驾驶汽车或卡车 |
| <input type="checkbox"/> 搬运货物 | <input type="checkbox"/> 清洁 | <input type="checkbox"/> 使用办公室机器 | <input type="checkbox"/> 使用收银机 | <input type="checkbox"/> 驾驶叉车 |
| <input type="checkbox"/> 使用电动工具 | <input type="checkbox"/> 使用手动工具 | <input type="checkbox"/> 其他(请说明) | | |

请圈选您在工作中完成每件事的小时数。如果您目前不工作,请圈选您在最后一份工作中完成每件事花费的小时数。

活动:	一天的小时数:									
走路或站立	0小 时	1小 时	2小 时	3小 时	4小 时	5小 时	6小 时	7小 时	8小 时	
坐立	0小 时	1小 时	2小 时	3小 时	4小 时	5小 时	6小 时	7小 时	8小 时	
伸手拿东西	0小 时	1小 时	2小 时	3小 时	4小 时	5小 时	6小 时	7小 时	8小 时	

请勾选您最经常提起或提拿的重量。

- 不到 10 磅 10 磅 20 磅 25 磅 50 磅 100 磅 超过 100 磅

请勾选您提起的最重的重量。

- 不到 10 磅 10 磅 20 磅 25 磅 50 磅 100 磅 超过 100 磅

第 8 部分:您的评论

请在此写下有关您无法工作原因的任何其他信息。

第 9 部分:您的签名和权利

本部分必须填写。

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

申请人/监护人/经授权代表签名 _____

日期 ____/____/____

经授权代表

如果本表由具有代表申请人/会员法定权利的人(例如成年残障孩子的父母、配偶、经授权代表或法定监护人)填写,请向我们提供以下信息。

填写本表人士的签名 _____

用大写字母填写姓名 _____

代表申请人/会员填写本表的人士的权限 _____

残障评估服务部(DES)可向经授权代表发送通知副本。这个领域不授权披露医疗记录。

您可以选择一名经授权代表帮助您申请或承担获得健康福利的部分或全部责任。

您可以通过填写“MassHealth 经授权代表指定表”(ARD)完成此项操作。如需获取 ARD,请电洽 MassHealth 客户服务中心,电话号码(800) 841-2900(TTY:(800) 497-4648(供失聪者、听力或语言障碍者使用))。

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 页中列出的每一位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书表格?
- 在所有的披露受保护健康信息授权书表格中签名?
- 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)?



披露受保护健康信息授权书

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书，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

MassHealth 披露受保护健康信息授权书可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取敏感的健康信息，以便 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 作出残障认定。

请在填写本表前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下不填，本许可将无效，医疗保健提供者将无法与 MassHealth DES 分享您的信息。如果医疗保健提供者不与 MassHealth DES 分享受保护健康信息，我们将无法作出残障认定。

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

您在填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格时，必须遵循此处的说明。如果您未以正确方式填写表格，医疗保健提供者将不会向 MassHealth DES 发送受保护健康信息。我们需要您的受保护健康信息副本才能作出残障认定。

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 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。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

如果您需要帮助填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书，请电洽 DES 服务代表，电话号码 (800) 888-3420。

披露受保护健康信息授权书

该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 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。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书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (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 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些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、治疗或转诊治疗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/会员信息

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
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

- 是 否 精神或精神健康信息
- 是 否 艾滋病病毒 (HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 否 遗传检测。请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 和 70G 款
- 是 否 物质滥用信息
- 是 否 其他 (请具体说明): _____

本授权有效期为签署日期前 12 个月至到期日。本授权自签署日期起 12 个月后到期。

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

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 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

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书，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

MassHealth 披露受保护健康信息授权书可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取敏感的健康信息，以便 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 作出残障认定。

请在填写本表前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下不填，本许可将无效，医疗保健提供者将无法与 MassHealth DES 分享您的信息。如果医疗保健提供者不与 MassHealth DES 分享受保护健康信息，我们将无法作出残障认定。

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

您在填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格时，必须遵循此处的说明。如果您未以正确方式填写表格，医疗保健提供者将不会向 MassHealth DES 发送受保护健康信息。我们需要您的受保护健康信息副本才能作出残障认定。

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 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。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

如果您需要帮助填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书，请电洽 DES 服务代表，电话号码 (800) 888-3420。

披露受保护健康信息授权书

该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 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。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书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (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 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些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、治疗或转诊治疗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/会员信息

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
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

- 是 否 精神或精神健康信息
- 是 否 艾滋病病毒 (HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 否 遗传检测。请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 和 70G 款
- 是 否 物质滥用信息
- 是 否 其他 (请具体说明): _____

本授权有效期为签署日期前 12 个月至到期日。本授权自签署日期起 12 个月后到期。

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

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 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

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书，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

MassHealth 披露受保护健康信息授权书可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取敏感的健康信息，以便 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 作出残障认定。

请在填写本表前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下不填，本许可将无效，医疗保健提供者将无法与 MassHealth DES 分享您的信息。如果医疗保健提供者不与 MassHealth DES 分享受保护健康信息，我们将无法作出残障认定。

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

您在填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格时，必须遵循此处的说明。如果您未以正确方式填写表格，医疗保健提供者将不会向 MassHealth DES 发送受保护健康信息。我们需要您的受保护健康信息副本才能作出残障认定。

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 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。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

如果您需要帮助填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书，请电洽 DES 服务代表，电话号码 (800) 888-3420。

披露受保护健康信息授权书

该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 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。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书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (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 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些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、治疗或转诊治疗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/会员信息

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
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

- 是 否 精神或精神健康信息
- 是 否 艾滋病病毒 (HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 否 遗传检测。请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 和 70G 款
- 是 否 物质滥用信息
- 是 否 其他 (请具体说明): _____

本授权有效期为签署日期前 12 个月至到期日。本授权自签署日期起 12 个月后到期。

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

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 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

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书，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

MassHealth 披露受保护健康信息授权书可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取敏感的健康信息，以便 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 作出残障认定。

请在填写本表前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下不填，本许可将无效，医疗保健提供者将无法与 MassHealth DES 分享您的信息。如果医疗保健提供者不与 MassHealth DES 分享受保护健康信息，我们将无法作出残障认定。

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

您在填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格时，必须遵循此处的说明。如果您未以正确方式填写表格，医疗保健提供者将不会向 MassHealth DES 发送受保护健康信息。我们需要您的受保护健康信息副本才能作出残障认定。

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 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。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

如果您需要帮助填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书，请电洽 DES 服务代表，电话号码 (800) 888-3420。

披露受保护健康信息授权书

该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 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。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书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (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 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些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、治疗或转诊治疗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/会员信息

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
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

- 是 否 精神或精神健康信息
- 是 否 艾滋病病毒 (HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 否 遗传检测。请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 和 70G 款
- 是 否 物质滥用信息
- 是 否 其他 (请具体说明): _____

本授权有效期为签署日期前 12 个月至到期日。本授权自签署日期起 12 个月后到期。

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

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 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

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书，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

MassHealth 披露受保护健康信息授权书可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取敏感的健康信息，以便 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 作出残障认定。

请在填写本表前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下不填，本许可将无效，医疗保健提供者将无法与 MassHealth DES 分享您的信息。如果医疗保健提供者不与 MassHealth DES 分享受保护健康信息，我们将无法作出残障认定。

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

您在填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格时，必须遵循此处的说明。如果您未以正确方式填写表格，医疗保健提供者将不会向 MassHealth DES 发送受保护健康信息。我们需要您的受保护健康信息副本才能作出残障认定。

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 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。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

如果您需要帮助填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书，请电洽 DES 服务代表，电话号码 (800) 888-3420。

披露受保护健康信息授权书

该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 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。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书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (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 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些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、治疗或转诊治疗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/会员信息

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
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

- 是 否 精神或精神健康信息
- 是 否 艾滋病病毒 (HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 否 遗传检测。请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 和 70G 款
- 是 否 物质滥用信息
- 是 否 其他 (请具体说明): _____

本授权有效期为签署日期前 12 个月至到期日。本授权自签署日期起 12 个月后到期。

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

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 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。