

Instruções para preencher o suplemento

Você indicou em seu requerimento do MassHealth que possui uma deficiência. As normas sobre deficiência exigem que a deficiência tenha durado, ou se espera que dure, pelo menos 12 meses. Para garantir sua qualificação para o MassHealth, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) irão examinar seu requerimento, incluindo este Suplemento de Deficiência.

Para obter o MassHealth com base em sua deficiência, você precisa nos informar sobre:

- seus provedores de serviços médicos e de saúde mental; e
- seu histórico de trabalho dos últimos 5 anos.

O Suplemento de Deficiência totalmente preenchido nos fornecerá as informações necessárias para tomarmos uma decisão rápida.

Leia as instruções a seguir antes de começar.

- Imprima ou escreva com letra legível e preencha o suplemento da melhor forma possível.
- Assine e date um Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas para cada provedor de serviços médicos ou de saúde mental que você mencionar no suplemento.
- Depois de preencher o suplemento, envie-o para:
Disability Evaluation Services (DES)
PO Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

O DES solicitará aos provedores indicados por você, que forneçam seus registros médicos e de tratamento. Se você tiver algum dos seus registros médicos com você, envie uma cópia junto a este formulário. Se mais informações ou testes forem necessários, um membro do DES entrará em contato com você. O preenchimento completo deste suplemento acelerará o processo de determinação da sua qualificação.

Este não é um requerimento para benefícios médicos. Se você ainda não completou um requerimento do MassHealth, deve preencher um requerimento além deste formulário. Se tiver dúvidas sobre como requerer, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo (800) 841-2900. Ligue para TDD/TTY: 711, se você for uma pessoa surda, com deficiência auditiva ou de fala.

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

Preencha todas as seções deste formulário.

Se não preencher todas as seções talvez não seja possível decidirmos sobre sua qualificação.

Informações sobre você

Sexo atribuído ao nascer

- Masculino
 Feminino

Qual a melhor descrição para sua atual identidade de gênero?

- Masculino
 Feminino
 Homem transgênero/homem trans
 Mulher transgênero/mulher trans
 Genderqueer/gênero não conforme/não binário/
que não se encaixa exclusivamente no masculino
ou no feminino

A identidade de gênero não está na lista
Favor especificar _____

- Não sei
 Prefiro não responder

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio

4 últimos dígitos do número do Seguro Social

ID do MassHealth Medicaid

Data de nascimento (mm/dd/yyyy)

Endereço residencial, apto. No.

Cidade

Estado

Código postal

Telefone residencial

Celular

E-mail

Onde você mora? (Marque uma opção.)

- Casa ou apartamento
 Casa de repouso
 Instituição estadual
 Desabrigado(a)
 Hospital de reabilitação
 Outros (descreva) _____
 Residência inclusiva

Você requereu benefícios do Seguro Social ou SSI/SSDI? sim não

Você recebeu SSI/SSD? sim não

Se tiver cópia de uma carta de concessão, anexe-a ao suplemento.

PARTE 1 Seus problemas de saúde

Relacione e descreva todos os seus problemas de saúde física e mental. Se estiver fazendo tratamento para o problema, informe o tipo de tratamento.

Problema de saúde física ou mental

Descreva os sintomas relacionados ou dor

Data do início do problema

Medicamentos/tratamento

Problema de saúde física ou mental

Descreva os sintomas relacionados ou dor

Data do início do problema

Medicamentos/tratamento

Problema de saúde física ou mental

Descreva os sintomas relacionados ou dor

Data do início do problema

Medicamentos/tratamento

Alguns dos seus problemas de saúde começaram por causa de acidente ou lesão? sim não

Se **sim**, explique.

Você é (marque uma opção): Destro(a)? Canhoto(a)

PARTE 2**Informações sobre todos os seus provedores de serviços médicos e de saúde mental**

Relacione todo provedor de serviços médicos ou de saúde mental que tratou você desde que seus problemas de saúde começaram. Um provedor de serviços médicos ou de saúde mental pode incluir um médico, psicólogo, terapeuta, assistente social, fisioterapeuta, quiroprático, hospital, centro de saúde ou clínica onde você recebe tratamento. Você pode escrever em uma folha de papel separada se ficar sem espaço.

Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental _____

Motivo da consulta _____ Essa consulta ocorreu nos últimos 12 meses? sim não

Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental _____

Motivo da consulta _____ Essa consulta ocorreu nos últimos 12 meses? sim não

Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental _____

Motivo da consulta _____ Essa consulta ocorreu nos últimos 12 meses? sim não

Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental _____

Motivo da consulta _____ Essa consulta ocorreu nos últimos 12 meses? sim não

Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental _____

Motivo da consulta _____ Essa consulta ocorreu nos últimos 12 meses? sim não

Preencha um **Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas** para cada provedor de serviços médicos ou de saúde mental que consta desta lista. Lembre-se de assinar e datar cada formulário. Os formulários de divulgação encontram-se no final deste pacote. Se precisar de mais cópias do Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para o Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 ou acesse mass.gov/lists/masshealth-member-forms para baixar o formulário.

PARTE 3**Seu idioma**

Você fala inglês? sim não

Você entende inglês? sim não

Você sabe ler em inglês? sim não

Você sabe escrever em inglês? sim não

Qual é o idioma de sua preferência? _____

Você sabe ler no seu idioma de preferência? sim não

Você sabe escrever no seu idioma de preferência? sim não

PARTE 4**Escolaridade**

Marque a última série escolar completa.

K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

GED Curso técnico Bacharelado

Em que ano você concluiu essa série? _____ Onde você estudou? _____

Você repetiu alguma série? sim não

Você recebeu alguma ajuda especial ou adaptações na escola? sim não não tenho certeza

Você tem alguma dificuldade de aprendizagem? sim não não tenho certeza

Você participou de educação especial? sim não não tenho certeza

Você cursou a escola além da 12ª série? sim não

Se **sim**, informe sua graduação e curso _____

Você tem alguma outra formação? sim não

Se **sim**, preencha as seções abaixo.

Tipo de formação

Ano _____ Você concluiu? sim não Você é certificado(a) ou licenciado(a)? sim não

Tipo de formação

Ano _____ Você concluiu? sim não Você é certificado(a) ou licenciado(a)? sim não

Tipo de formação

Ano _____ Você concluiu? sim não Você é certificado(a) ou licenciado(a)? sim não

PARTE 5 Seu emprego dos últimos 5 anos

Você está trabalhando agora? sim não

Se **não**, quando parou de trabalhar? Data ____ / ____ / ____

Alguma das suas condições médicas ou de saúde mental causou problemas no trabalho? sim não

Se **sim**, explique

Relacione seus empregos nos últimos 5 anos Faça o melhor que puder. Se não souber as datas exatas, escreva seu melhor palpite. Comece com o emprego que você tem agora ou seu último emprego.

Se tiver outros empregos para adicionar (dentro dos últimos 5 anos), inclua as informações neste formulário.

1. Cargo: _____ Datas do emprego: De (mês/ano): _____ Até (mês/ano): _____

Deveres (Relacione tudo o que fez.)

Quantas horas você trabalhava por semana? _____ Quanto você ganhava por hora? _____

Marque o peso que você levantava ou carregava com mais frequência (marque um)

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Marque o maior peso que você levantou (marque um):

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Quantas horas você dispendeu em cada atividade abaixo, por dia?

Andar _____ Alcançar _____ Curvar-se _____ Manusear objetos pequenos _____

Ficar em pé _____ Sentar-se _____ Manusear objetos grandes _____

Motivo por sair do emprego

2. Cargo: _____ Datas do emprego: De (mês/ano): _____ Até (mês/ano): _____

Deveres (Relacione tudo o que fez.)

Quantas horas você trabalhava por semana? _____ Quanto você ganhava por hora? _____

Marque o peso que você levantava ou carregava com mais frequência (marque um)

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Marque o maior peso que você levantou (marque um):

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Quantas horas você dispendeu em cada atividade abaixo, por dia?

Andar _____ Alcançar _____ Curvar-se _____ Manusear objetos pequenos _____

Ficar em pé _____ Sentar-se _____ Manusear objetos grandes _____

Motivo por sair do emprego

3. Cargo:	Datas do emprego: De (mês/ano):	Até (mês/ano):
-----------	---------------------------------	----------------

Deveres (Relacione tudo o que fez.)

Quantas horas você trabalhava por semana?	Quanto você ganhava por hora?
---	-------------------------------

Marque o peso que você levantava ou carregava com mais frequência (marque um)

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Marque o maior peso que você levantou (marque um):

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Quantas horas você dispendeu em cada atividade abaixo, por dia?

Andar _____ Alcançar _____ Curvar-se _____ Manusear objetos pequenos _____

Ficar em pé _____ Sentar-se _____ Manusear objetos grandes _____

Motivo por sair do emprego

4. Cargo:	Datas do emprego: De (mês/ano):	Até (mês/ano):
-----------	---------------------------------	----------------

Deveres (Relacione tudo o que fez.)

Quantas horas você trabalhava por semana?	Quanto você ganhava por hora?
---	-------------------------------

Marque o peso que você levantava ou carregava com mais frequência (marque um)

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Marque o maior peso que você levantou (marque um):

Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb Acima de 50 lb

Quantas horas você dispendeu em cada atividade abaixo, por dia?

Andar _____ Alcançar _____ Curvar-se _____ Manusear objetos pequenos _____

Ficar em pé _____ Sentar-se _____ Manusear objetos grandes _____

Motivo por sair do emprego

PARTE 6

Seus comentários

Use este espaço para fornecer informações adicionais sobre o motivo pelo qual não pode trabalhar.

É OBRIGATÓRIO PREENCHER ESTA SEÇÃO.

Você tem direito à privacidade. As informações contidas neste formulário são confidenciais. Serão tomadas todas as precauções para garantir seus direitos de privacidade.

Importante: se este formulário estiver sendo preenchido por uma pessoa com autoridade legal para agir em nome do requerente, essa pessoa deve assinar abaixo e anexar a documentação legal correspondente, p. ex., um formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD), formulário de tutela ou formulário de procuração.

Ao assinar este requerimento abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que as informações e declarações que fiz neste requerimento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba., e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades dos programas do MassHealth e do Health Connector.

Assinatura do requerente ou de seu representante autorizado/tutor _____

Nome em letra de fôrma _____ Data ____ / ____ / ____

Para solicitar um formulário ARD, ligue para o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711. Você também pode baixar o formulário online em mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download.

O DES pode enviar cópias de avisos ao representante autorizado. Sua assinatura não autoriza o DES a receber seus registros médicos. Preencha e assine o formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas em anexo.

AJUDA PARA PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

Você precisou de ajuda para preencher este formulário? sim não

Se **sim**, por que precisou de ajuda?

LEMBRETE

Você se lembrou de:

- Preencher um Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas para cada provedor de serviços médicos ou de saúde mental relacionado na Parte 2?
- Assinar todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas?
- Assinar o Suplemento de Deficiência acima?
- Incluir um Formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD) preenchido e assinado, formulário de tutela ou outros documentos legais, se necessários?
- Ligar para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420 se precisar de ajuda neste formulário?

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS



Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal	Número de telefone	

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.

Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal

Data

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente.

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS



Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal	Número de telefone	

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.

Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal

Data

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente.

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS



Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal	Número de telefone	

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.

Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal

Data

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente.

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS



Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal	Número de telefone	

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.

Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal

Data

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente.

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS



Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal	Número de telefone	

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.

Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal

Data

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente.

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.