Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật Người Lớn Của MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Hướng Dẫn Hoàn Thành Phần Bổ Sung

Quý vị đã khai trên đơn xin MassHealth rằng quý vị bị khuyết tật. Các tiêu chuẩn về khuyết tật yêu cầu tình trạng khuyết tật đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất 12 tháng. Để đảm bảo tính đủ điều kiện MassHealth của quý vị, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ xem xét đơn xin của quý vị, bao gồm Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật này.

Để nhận MassHealth dựa trên tình trạng khuyết tật của quý vị, quý vị cần cho chúng tôi biết về

- nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần của quý vị; và
- lịch sử việc làm của quý vị trong 5 năm qua.

Việc hoàn thành đầy đủ Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật sẽ cung cấp cho chúng tôi thông tin cần thiết để đưa ra quyết định nhanh chóng.

Xin vui lòng đọc các hướng dẫn sau đây trước khi bắt đầu.

- In hoặc viết rõ ràng và hoàn thành phần bổ sung theo hiểu biết tốt nhất của quý vị.
- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ cho mỗi nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần mà quý vị liệt kê trong phần bổ sung.
- Sau khi quý vị đã điền thông tin bổ sung, hãy gửi đến
  Disability Evaluation Services (DES)
  PO Box 2796
  Worcester, MA 01613-2796

DES sẽ hỏi các nhà cung cấp mà quý vị đã liệt kê để biết hồ sơ y tế và điều trị của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ hồ sơ y tế nào, vui lòng gửi một bản sao kèm theo mẫu đơn này. Nếu cần thêm thông tin hoặc xét nghiệm, một thành viên của DES sẽ liên lạc với quý vị. Điền đầy đủ thông tin bổ sung này sẽ đẩy nhanh quá trình xác định tính đủ điều kiện của quý vị.

Đây không phải là đơn xin phúc lợi y tế. Nếu quý vị chưa hoàn thành đơn đăng ký MassHealth, quý vị phải điền vào một tờ đơn khác ngoài mẫu đơn này. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về cách nộp đơn, vui lòng gọi Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng MassHealth theo số (800) 841-2900. Gọi TDD/TTY: 711 nếu quý vị bị điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật nói.

Nếu cần trợ giúp về mẫu đơn này, quý vị có thể gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.
Điền vào tất cả các phần trên mẫu đơn này.
Nếu quý vị không điền hết các phần, chúng tôi không thể đưa ra quyết định về tình trạng khuyết tật của quý vị.

Thông tin về quý vị

Giới tính được chỉ định khi sinh

- ☐ Nam
- ☐ Nữ

Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của quý vị?

- ☐ Nam
- ☐ Nữ
- ☐ Người chuyển giới nam
- ☐ Người chuyển giới nữ
- ☐ Giới tính queer/phi nhị nguyên giới/giới tính không thuộc nhóm nam hay nữ
- ☐ Bản dạng giới không được liệt kê
  Vui lòng nêu rõ _____
- ☐ Không biết
- ☐ Chọn không trả lời

Họ, Tên, Tên đệm viết tắt

4 chữ số cuối của số An sinh Xã hội	ID MassHealth Medicaid	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Địa chỉ, Số căn hộ #	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip

Điện thoại nhà	Điện thoại di động	Địa chỉ email

Quý vị hiện sinh sống ở đâu? (Đánh dấu chọn một ô.)

- ☐ Nhà hoặc căn hộ
- ☐ Cơ sở nhà nước
- ☐ Bệnh viện phục hồi chức năng
- ☐ Nhà tập thể
- ☐ Viện dưỡng lão
- ☐ Vô gia cư
- ☐ Khác (vui lòng mô tả) _____

Quý vị có nộp đơn xin trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc SSI/SSDI không? ☐ có ☐ không

Quý vị đã được cấp SSI/SSD chưa? ☐ có ☐ không

Nếu quý vị có một bản sao của thư trao thưởng, vui lòng đính kèm vào phần bổ sung này.

PHẦN 1 Các vấn đề sức khỏe của quý vị

Liệt kê và mô tả tất cả các vấn đề sức khỏe y tế và tâm thần của quý vị. Nếu quý vị đang điều trị cho vấn đề này, vui lòng cho chúng tôi biết về loại điều trị.

Vấn đề sức khỏe y tế hoặc tâm thần	
Mô tả các triệu chứng hoặc cơn đau liên quan	
Ngày bắt đầu xuất hiện vấn đề	Thuốc/điều trị

Vấn đề sức khỏe y tế hoặc tâm thần	
Mô tả các triệu chứng hoặc cơn đau liên quan	
Ngày bắt đầu xuất hiện vấn đề	Thuốc/điều trị

Vấn đề sức khỏe y tế hoặc tâm thần	
Mô tả các triệu chứng hoặc cơn đau liên quan	
Ngày bắt đầu xuất hiện vấn đề	Thuốc/điều trị

Có vấn đề sức khỏe nào của quý vị bắt đầu vì tai nạn hoặc thương tích không? ☐ có ☐ không

Nếu **có**, vui lòng giải thích.

Quý vị có (đánh dấu vào một ô): ☐ Thuận tay phải? ☐ Thuận tay trái?

PHẦN 2 Thông tin về tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần của quý vị

Vui lòng liệt kê tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần đã điều trị cho quý vị kể từ khi vấn đề sức khỏe bắt đầu xuất hiện. Nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần có thể bao gồm bác sĩ, nhà tâm lý học, nhà trị liệu, nhân viên xã hội, nhà trị liệu vật lý trị liệu, bác sĩ chỉnh hình, bệnh viện, trung tâm y tế hoặc phòng khám nơi quý vị được điều trị. Quý vị có thể viết tiếp trên một tờ giấy khác nếu quý vị hết chỗ trống.

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Lý do khám bệnh

Lần khám bệnh này có xảy ra trong 12 tháng qua không? ☐ có ☐ không

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Lý do khám bệnh

Lần khám bệnh này có xảy ra trong 12 tháng qua không? ☐ có ☐ không

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Lý do khám bệnh

Lần khám bệnh này có xảy ra trong 12 tháng qua không? ☐ có ☐ không

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Lý do khám bệnh

Lần khám bệnh này có xảy ra trong 12 tháng qua không? ☐ có ☐ không

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Lý do khám bệnh

Lần khám bệnh này có xảy ra trong 12 tháng qua không? ☐ có ☐ không

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Lý do khám bệnh

Lần khám bệnh này có xảy ra trong 12 tháng qua không? ☐ có ☐ không

Vui lòng điền vào **Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ** cho mỗi nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần trong danh sách này. Hãy nhớ ký tên và ghi tháng ngày năm vào từng mẫu đơn. Các mẫu đơn cho phép tiết lộ thông tin nằm ở cuối tập tài liệu này. Nếu quý vị cần thêm bản sao của Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng của MassHealth theo số (800) 841-2900,
TDD/TTY: 711 hoặc tải xuống mẫu đơn tại mass.gov/lists/masshealth-member-forms.

PHẦN 3 Ngôn ngữ của quý vị

Quý vị có nói tiếng Anh không? ☐ có ☐ không

Quý vị có hiểu tiếng Anh không? ☐ có ☐ không

Quý vị có đọc được tiếng Anh không? ☐ có ☐ không

Quý vị có viết được tiếng Anh không? ☐ có ☐ không

Ngôn ngữ quý vị muốn sử dụng là gì? _____

Quý vị có thể đọc bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? ☐ có ☐ không

Quý vị có thể viết bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? ☐ có ☐ không

PHẦN 4 Trường học

Đánh dấu vào bậc học cao nhất mà quý vị đã hoàn thành.

☐ Mẫu giáo ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

☐ Bằng trung học phổ thông (GED) ☐ Bằng cao đẳng ☐ Bằng cử nhân

Quý vị đã hoàn thành bậc học này vào năm nào? _____ Quý vị đã theo học tại trường nào? _____

Quý vị có học lại bất kỳ bậc học nào không? ☐ có ☐ không

Quý vị có nhận được sự trợ giúp hoặc hỗ trợ đặc biệt nào ở trường không? ☐ có ☐ không ☐ không chắc

Quý vị có khuyết tật học tập nào không? ☐ có ☐ không ☐ không chắc

Quý vị có tham gia chương trình giáo dục đặc biệt không? ☐ có ☐ không ☐ không chắc

Quý vị có hoàn thành bậc học cao hơn lớp 12 không? ☐ có ☐ không

Nếu **có**, vui lòng liệt kê bằng cấp và chuyên ngành của quý vị _____

Quý vị có nhận được bất kỳ khóa đào tạo nào khác không? ☐ có ☐ không

Nếu **có**, vui lòng điền vào các mục bên dưới.

Loại hình đào tạo		
Năm	Quý vị có hoàn thành? ☐ có ☐ không	Quý vị có được chứng nhận hoặc cấp bằng không? ☐ có ☐ không
Loại hình đào tạo		
Năm	Quý vị có hoàn thành? ☐ có ☐ không	Quý vị có được chứng nhận hoặc cấp bằng không? ☐ có ☐ không
Loại hình đào tạo		
Năm	Quý vị có hoàn thành? ☐ có ☐ không	Quý vị có được chứng nhận hoặc cấp bằng không? ☐ có ☐ không

PHẦN 5 Lịch sử việc làm của quý vị trong 5 năm qua

Quý vị có đang làm việc không? ☐ có ☐ không

Nếu **không**, quý vị đã ngừng đi làm từ khi nào? Ngày ____ /____ /_____

Có bất kỳ tình trạng sức khỏe y tế hoặc tâm thần nào của quý vị gây ra vấn đề tại nơi làm việc không? ☐ có ☐ không

Nếu **có**, vui lòng giải thích

Liệt kê tất cả các công việc của quý vị trong 5 năm qua. Quý vị hãy ghi cụ thể nhất có thể. Nếu quý vị không biết ngày chính xác, hãy viết ra ước đoán tốt nhất của mình.
Bắt đầu với công việc hiện tại hoặc công việc cuối cùng của quý vị.
Nếu quý vị có công việc khác cần thêm vào (trong vòng 5 năm qua), vui lòng đính kèm thông tin với mẫu đơn này.

1. Chức danh:	Thời gian làm việc: Từ (Tháng/Năm):	Đến (Tháng/Năm):

Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi công việc quý vị đã từng làm.)

Quý vị đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần?	Quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền một giờ?

Chọn trọng lượng mà quý vị đã nâng hoặc mang vác thường xuyên nhất (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Chọn trọng lượng nặng nhất mà quý vị đã nâng (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Quý vị đã làm mỗi việc sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?

Đi lại _____ Với lấy _____ Cúi người _____ Xử lý đồ vật nhỏ _____

Đứng _____ Ngồi _____ Xử lý đồ vật lớn _____

Lý do nghỉ việc

2. Chức danh:	Thời gian làm việc: Từ (Tháng/Năm):	Đến (Tháng/Năm):

Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi công việc quý vị đã từng làm.)

Quý vị đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần?	Quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền một giờ?

Chọn trọng lượng mà quý vị đã nâng hoặc mang vác thường xuyên nhất (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Chọn trọng lượng nặng nhất mà quý vị đã nâng (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Quý vị đã làm mỗi việc sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?

Đi lại _____ Với lấy _____ Cúi người _____ Xử lý đồ vật nhỏ _____

Đứng _____ Ngồi _____ Xử lý đồ vật lớn _____

Lý do nghỉ việc

3. Chức danh:	Thời gian làm việc: Từ (Tháng/Năm):	Đến (Tháng/Năm):

Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi công việc quý vị đã từng làm.)

Quý vị đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần?	Quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền một giờ?

Chọn trọng lượng mà quý vị đã nâng hoặc mang vác thường xuyên nhất (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Chọn trọng lượng nặng nhất mà quý vị đã nâng (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Quý vị đã làm mỗi việc sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?

Đi lại _____ Với lấy _____ Cúi người _____ Xử lý đồ vật nhỏ _____

Đứng _____ Ngồi _____ Xử lý đồ vật lớn _____

Lý do nghỉ việc

4. Chức danh:	Thời gian làm việc: Từ (Tháng/Năm):	Đến (Tháng/Năm):

Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi công việc quý vị đã từng làm.)

Quý vị đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần?	Quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền một giờ?

Chọn trọng lượng mà quý vị đã nâng hoặc mang vác thường xuyên nhất (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Chọn trọng lượng nặng nhất mà quý vị đã nâng (đánh dấu vào một ô):

☐ Dưới 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ Trên 50 lbs.

Quý vị đã làm mỗi việc sau đây bao nhiêu giờ mỗi ngày?

Đi lại _____ Với lấy _____ Cúi người _____ Xử lý đồ vật nhỏ _____

Đứng _____ Ngồi _____ Xử lý đồ vật lớn _____

Lý do nghỉ việc

PHẦN 6 Ý kiến của quý vị

Hãy sử dụng chỗ này để viết thêm bất kỳ thông tin nào về lý do quý vị không thể làm việc.

PHẦN 7 Chữ ký và quyền của quý vị

PHẦN NÀY PHẢI ĐƯỢC HOÀN THÀNH.

Quý vị có quyền riêng tư. Thông tin trên mẫu đơn này là bí mật. Tất cả các biện pháp phòng ngừa có thể sẽ được thực hiện để đảm bảo quyền riêng tư của quý vị.

Quan trọng: Nếu đơn này được điền bởi một người có thẩm quyền hợp pháp để thay mặt cho người nộp đơn, cá nhân đó phải ký tên dưới đây và đính kèm các giấy tờ pháp lý đã hoàn thành tương ứng (ví dụ: Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD), mẫu đơn giám hộ hoặc mẫu đơn giấy ủy quyền).

Bằng cách ký tên vào đơn xin dưới đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những nội dung tôi gửi và tuyên bố trong đơn đăng ký này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết của tôi, đồng thời tôi đồng ý chấp nhận và tuân thủ các quyền và trách nhiệm ở trên của các chương trình MassHealth và Health Connector.

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người giám hộ/đại diện được ủy quyền

_____

Tên bằng chữ in _____ Ngày ____ /____ /_____

Để yêu cầu mẫu đơn ARD, hãy gọi Trung tâm Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Quý vị cũng có thể tải xuống mẫu đơn trực tuyến tại mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download.

DES có thể gửi bản sao thông báo cho người đại diện được ủy quyền. Chữ ký của quý vị không cho phép DES nhận hồ sơ y tế của quý vị. Vui lòng hoàn thành và ký tên vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ đính kèm.

TRỢ GIÚP ĐỐI VỚI MẪU ĐƠN NÀY

Quý vị có cần trợ giúp khi điền vào đơn này không? ☐ có ☐ không

Nếu **có**, tại sao quý vị cần trợ giúp?

_____

NHẮC NHỞ

Quý vị có nhớ

- Hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ cho mỗi nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần được liệt kê trong Phần 2?
- Ký tên vào tất cả Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ?
- Ký tên vào Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật này ở trên?
- Bao gồm Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) đã hoàn thành và có chữ ký, đơn giám hộ hoặc các giấy tờ pháp lý khác, nếu cần?
- Gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420 nếu quý vị cần trợ giúp về mẫu đơn này?

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận.

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** cho **mỗi** bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật.
- Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
- Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
- Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
- Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L. c. 112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với DES để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Địa chỉ	Tầng #	Suite #
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip		Số điện thoại

PHẦN 3: Thông Tin Y Tế Nhạy Cảm Sẽ Được Chia Sẻ Với DES

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

☐ Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần

☐ Có Thông tin về bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, AIDS

☐ Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn.
Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

_____ _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp — Ngày

_____

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận.

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** cho **mỗi** bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật.
- Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
- Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
- Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
- Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L. c. 112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với DES để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Địa chỉ	Tầng #	Suite #
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip		Số điện thoại

PHẦN 3: Thông Tin Y Tế Nhạy Cảm Sẽ Được Chia Sẻ Với DES

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

☐ Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần

☐ Có Thông tin về bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, AIDS

☐ Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn.
Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

_____ _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp — Ngày

_____

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận.

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** cho **mỗi** bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật.
- Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
- Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
- Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
- Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L. c. 112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với DES để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Địa chỉ	Tầng #	Suite #
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip		Số điện thoại

PHẦN 3: Thông Tin Y Tế Nhạy Cảm Sẽ Được Chia Sẻ Với DES

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

☐ Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần

☐ Có Thông tin về bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, AIDS

☐ Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn.
Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

_____ _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp — Ngày

_____

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận.

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** cho **mỗi** bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật.
- Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
- Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
- Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
- Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L. c. 112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với DES để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Địa chỉ	Tầng #	Suite #
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip		Số điện thoại

PHẦN 3: Thông Tin Y Tế Nhạy Cảm Sẽ Được Chia Sẻ Với DES

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

☐ Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần

☐ Có Thông tin về bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, AIDS

☐ Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn.
Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

_____ _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp — Ngày

_____

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận.

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

- Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** cho **mỗi** bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật.
- Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
- Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
- Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
- Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L. c. 112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với DES để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe nhạy cảm này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	Số điện thoại

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Địa chỉ	Tầng #	Suite #
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip		Số điện thoại

PHẦN 3: Thông Tin Y Tế Nhạy Cảm Sẽ Được Chia Sẻ Với DES

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

☐ Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần

☐ Có Thông tin về bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV, AIDS

☐ Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn.
Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

_____ _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp — Ngày

_____

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.