

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. Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật UMass (UMass Disability Evaluation Services) (DES) sẽ xem xét đơn xin khuyết tật của quý vị cho MassHealth. Quan trọng là quý vị phải hoàn thành Phần Bổ Sung cho Người 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. Những người này có thể bao gồm bác sĩ, nhà tâm lý học, nhà trị liệu, nhân viên xã hội, nhà trị liệu vật lý, bác sĩ chỉnh hình, bệnh viện, trung tâm y tế và phòng khám mà quý vị đang nhận hoặc đã được điều trị; và
- bản thân quý vị: lịch sử làm việc của quý vị trong 15 năm qua, nền tảng giáo dục và các hoạt động hàng ngày của quý vị.

Việc hoàn thành Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật sẽ cung cấp cho chúng tôi thông tin này và sẽ giúp chúng tôi 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 / UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

DES sẽ yêu cầu hồ sơ y tế và điều trị của quý vị từ các nhà cung cấp mà quý vị đã liệt kê. 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. Tính đủ điều kiện của quý vị sẽ được xác định nhanh hơn nếu tất cả các mục trong phần bổ sung được điền vào.

Đây không phải là đơn xin trợ cấp 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 (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 cho người điếc, khiếm thính, hoặc khuyết tật nói).

Nếu quý vị cần trợ giúp về biểu mẫu này, quý vị có thể gọi cho Đường dây Trợ giúp của Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật UMass (UMass Disability Evaluation Services) (DES) theo số (888) 497-9890.

Điền vào tất cả các phần trên mẫu đơn này. Nếu quý vị không điền hết các phần, chúng tôi không thể quyết định xem quý vị có bị khuyết tật hay không.

Thông tin về quý vị Nam Nữ

Họ Tên	Viết tắt tên đệm	Số an sinh xã hội	
Địa chỉ đường phố		Số căn hộ #	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)
Số điện thoại nhà	Số di động	Số cơ quan/số điện thoại khác	

Chúng tôi có thể cần đặt lịch hẹn với bác sĩ cho quý vị. Thời gian tốt nhất để quý vị đến một cuộc hẹn là khi nào?

Vui lòng chọn tất cả các thời gian phù hợp với quý vị.

- Bất kỳ lúc nào Sáng thứ Hai Sáng thứ Ba Sáng thứ Tư Sáng thứ Năm Sáng thứ Sáu
 Chiều thứ Hai Chiều thứ Ba Chiều thứ Tư Chiều thứ Năm Chiều thứ Sáu

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

Nếu có, quý vị đã đi khám bác sĩ chưa?

Tên bác sĩ _____ Ngày khám ____/____/____

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.

Liệt kê các vấn đề sức khỏe y tế và/hoặc tâm thần của quý vị.	Mô tả các triệu chứng hoặc cơn đau liên quan đến từng vấn đề sức khỏe.	Ngày bắt đầu xuất hiện vấn đề.	Thuốc men/điều trị
<i>Chứng trầm cảm</i>	<i>Lúc nào cũng rất mệt mỏi. Khó có thể ra khỏi giường vào buổi sáng. Tôi hóc rất nhiều trong ngày. Tôi không thể kiểm soát khi nào tôi khóc.</i>	<i>Tháng 4 năm 2010</i>	<i>Không</i>
<i>Đau lưng</i>	<i>Cơn đau bắt đầu ở phần lưng dưới của tôi và đi xuống chân</i>	<i>Tháng 6 năm 2007</i>	<i>Skelexin</i>

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.

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

Quý vị có nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào trong năm qua không? có không

Nếu **có**, vui lòng liệt kê tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần đã điều trị cho bất kỳ vấn đề sức khỏe nào của quý vị kể từ khi chúng 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 và 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.

Nếu quý vị chỉ nhận điều trị tại duy nhất một cơ sở, hãy chỉ liệt kê cơ sở đó.

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần của quý vị	Lý do thăm khám	Lần khám bệnh này có xảy ra trong năm qua không?
		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> 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 ngày tháng vào từng mẫu đơn. Các biểu mẫu 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 (TTY: (800) 497-4648 cho người điếc, khiếm thính, hoặc khuyết tật nói) hoặc tải xuống mẫu đơn tại www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms.

PHẦN 3 Nơi quý vị đang sống

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

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

PHẦN 4 Quý vị có thể làm những việc gì

Quý vị có thuận tay phải không? hay thuận tay trái?

Các vấn đề sức khỏe y tế hoặc tâm thần của quý vị có khiến quý vị gặp khó khăn khi thực hiện bất kỳ điều nào sau đây không?

	Nếu có, hãy đánh chọn vào đây	Nếu có, xin giải thích ở bên dưới.
Mặc quần áo và tắm rửa	✓	<i>Đau vai khiến tôi khó có thể đưa tay qua khỏi đầu. Điều này khiến việc mặc áo sơ mi hoặc gội đầu của tôi trở nên khó khăn.</i>
Làm công việc nhà thông thường	✓	<i>Khi tôi bị trầm cảm, tôi không quan tâm nhà của tôi có sạch sẽ hay không.</i>
Ngồi		
Đứng		
Đi		
Cúi người		
Với lấy		
Nâng nhấc		
Ghi nhớ		
Nhìn		
Nghe		
Sử dụng tay của quý vị		
Mặc quần áo và tắm rửa		
Làm công việc nhà thông thường		
Nghe nhạc		
Xem TV		
Sử dụng máy tính		
Đọc		
Nói chuyện qua điện thoại		
Đi ra ngoài		
Đi bộ		
Đi mua sắm		
Đi gặp bác sĩ		
Đến thăm bạn bè và gia đình		
Đi đến trường		
Quản lý tiền/sử dụng ATM		
Lái xe		
Đi xe buýt, xe lửa hoặc taxi		
Chơi thể thao		
Khác (vui lòng mô tả)		

PHẦN 5 Ngôn ngữ của quý vị

Quý vị có nói tiếng Anh không? có không giới hạn

Quý vị có hiểu tiếng Anh không? có không giới hạn

Quý vị có đọc được tiếng Anh không? có không giới hạn

Quý vị có viết được tiếng Anh không? có không giới hạn

Ngôn ngữ đầu tiên của quý vị là gì? _____

Quý vị có thể đọc bằng ngôn ngữ đầu tiên của mình không? có không giới hạn

Quý vị có thể viết bằng ngôn ngữ đầu tiên của mình không? có không giới hạn

PHẦN 6 Trường học

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

K 1 2 3 4 5 6 7 8 Bằng cao đẳng

9 10 11 12 Bằng trung học phổ thông (GED) Bằng đại học (Bachelor's degree)

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

Quý vị có hoàn thành hơn 12 năm học 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	Đã hoàn thành	Được chứng nhận/Được cấp phép
Xây dựng		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Điện tử		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Nấu ăn		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Cơ khí ô tô		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Máy tính		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Làm tóc		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Thẩm mỹ		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Trợ lý y tá		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Thư ký		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
Khác (vui lòng mô tả)		<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không

PHẦN 7 Công việc của quý vị

Quý vị có đang làm việc không? có không

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

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.

Phần 7. Công việc của quý vị (tiếp theo)

Liệt kê tất cả các công việc của quý vị trong 15 năm qua. Quý vị hãy cố gắng hết sức 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. Thêm một tờ giấy khác nếu quý vị cần thêm chỗ trống. Quý vị có thể đính kèm sơ lược lý lịch nếu có. Hãy xem mẫu dưới đây.

Chức danh <i>Người đóng gói</i>	Thời gian làm việc: Từ (Tháng/Năm) <i>Tháng 3 năm 2012</i>	Đến (Tháng/Năm) <i>Tháng 5 năm 2012</i>
Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi công việc quý vị đã từng làm.) <i>Đặt ba quả bóng golf vào một hộp nhỏ. Đóng gói 24 hộp nhỏ vào một thùng. Bịt kín thùng bằng băng keo đóng gói. Chốt thùng lên bục.</i>		
Quý vị đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? <i>40</i>	Quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền một giờ? <i>\$9.00/giờ</i>	
Lý do nghỉ việc <i>Chuyển nhà</i>		

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?	
Lý do nghỉ việc		

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?	
Lý do nghỉ việc		

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?	
Lý do nghỉ việc		

Hãy chọn từng việc quý vị đã làm trong công việc của mình. Nếu quý vị hiện không đi làm, hãy chọn từng việc quý vị đã làm trong công việc gần đây nhất của mình.

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Làm thủ tục giấy tờ | <input type="checkbox"/> Sử dụng máy tính | <input type="checkbox"/> Lắp ráp | <input type="checkbox"/> Vận hành máy móc | <input type="checkbox"/> Sắp xếp hồ sơ |
| <input type="checkbox"/> Phục vụ mọi người | <input type="checkbox"/> Đếm & đóng gói | <input type="checkbox"/> Xây dựng | <input type="checkbox"/> Sử dụng điện thoại | <input type="checkbox"/> Lái xe ô tô hoặc xe tải |
| <input type="checkbox"/> Di chuyển đồ vật | <input type="checkbox"/> Dọn dẹp | <input type="checkbox"/> Sử dụng thiết bị văn phòng | <input type="checkbox"/> Sử dụng máy tính tiền | <input type="checkbox"/> Lái xe nâng |
| <input type="checkbox"/> Sử dụng dụng cụ máy | <input type="checkbox"/> Sử dụng dụng cụ cầm tay | <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng mô tả) _____ | | |

Khoanh tròn số giờ quý vị làm mỗi việc trong công việc của mình. Nếu quý vị hiện không đi làm, hãy khoanh tròn số giờ quý vị đã làm mỗi việc trong công việc cuối cùng của mình.

Hoạt động	Số giờ trong một ngày									
Đi bộ hoặc Đứng	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ngồi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Với lấy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

Chọn trọng lượng mà quý vị thường hay nâng hoặc mang vác.

- Dưới 10 lbs. 10 lbs. 20 lbs. 25 lbs. 50 lbs. 100 lbs. Hơn 100 lbs.

Chọn trọng lượng nặng nhất mà quý vị nâng.

- Dưới 10 lbs. 10 lbs. 20 lbs. 25 lbs. 50 lbs. 100 lbs. Hơn 100 lbs.

PHẦN 8 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 9 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.

Chữ ký của Người nộp đơn/Người giám hộ/Người đại diện được ủy quyền _____

Tháng/Ngày/Năm ____/____/____

Người đại diện được ủy quyền

Nếu đơn này được điền bởi một người có thẩm quyền hợp pháp để thay mặt cho người nộp đơn/thành viên (chẳng hạn như cha mẹ của một đứa con hoặc vợ/chồng khuyết tật đã trưởng thành, người đại diện được ủy quyền hoặc người giám hộ hợp pháp), hãy cung cấp cho chúng tôi thông tin sau đây.

Chữ ký của người điền đơn này _____

Tên viết bằng Chữ in: _____

Thẩm quyền của người điền đơn này thay mặt cho người nộp đơn/thành viên _____

DES có thể gửi bản sao thông báo cho người đại diện được ủy quyền. Phần này không cho phép tiết lộ hồ sơ y tế.

Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền để giúp quý vị thực hiện một số hoặc tất cả các trách nhiệm trong việc nộp đơn xin hoặc nhận các phúc lợi y tế.

Quý vị có thể làm điều này bằng cách điền vào Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) của MassHealth. Để yêu cầu mẫu ARD, hãy gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng của MassHealth theo số (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 dành cho người điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật nói).

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? _____

LỜI NHẮC

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 trên trang 2?
- ký tên vào tất cả Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ?
- ký tên vào Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật này ở trên?
- đính kèm Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) đã hoàn thành và có chữ ký nếu cần?



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 MassHealth (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 nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi điền vào đơn này. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn, sự cho phép này sẽ không hợp lệ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không thể chia sẻ thông tin của quý vị với DES của MassHealth. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ với DES của MassHealth, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Hướng dẫn tổng quát để điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth

Quý vị phải làm theo các hướng dẫn này khi điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không gửi thông tin sức khỏe được bảo vệ đến DES của MassHealth nếu quý vị không điền vào các mẫu đơn đúng cách. Chúng tôi cần bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị để đưa ra quyết định về khuyết tật.

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** 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 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. 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.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, 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 của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (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 DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe 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 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 / Thành Viên 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
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

Tôi cho phép tiết lộ toàn bộ hồ sơ y tế của mình. Chọn CÓ hoặc KHÔNG cho MỖI tùy chọn sau đây.

- Có Không Thông tin về sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- Có Không Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Có Không Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G
- Có Không Thông tin về sử dụng chất gây nghiện
- Có Không Khác (vui lòng nêu rõ): _____

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/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với Người nộp đơn/Thành viên hoặc quyền thay mặt Người nộp đơn/Thành viên

Ngày

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao của tài liệu chứng nhận người này có quyền thay mặt cho người nộp đơn/ thành viên.

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 DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



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 MassHealth (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 nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi điền vào đơn này. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn, sự cho phép này sẽ không hợp lệ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không thể chia sẻ thông tin của quý vị với DES của MassHealth. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ với DES của MassHealth, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Hướng dẫn tổng quát để điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth

Quý vị phải làm theo các hướng dẫn này khi điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không gửi thông tin sức khỏe được bảo vệ đến DES của MassHealth nếu quý vị không điền vào các mẫu đơn đúng cách. Chúng tôi cần bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị để đưa ra quyết định về khuyết tật.

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** 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 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. 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.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, 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 của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (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 DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe 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 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 / Thành Viên 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
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

Tôi cho phép tiết lộ toàn bộ hồ sơ y tế của mình. Chọn CÓ hoặc KHÔNG cho MỖI tùy chọn sau đây.

- Có Không Thông tin về sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- Có Không Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Có Không Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G
- Có Không Thông tin về sử dụng chất gây nghiện
- Có Không Khác (vui lòng nêu rõ): _____

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/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với Người nộp đơn/Thành viên hoặc quyền thay mặt Người nộp đơn/Thành viên

Ngày

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao của tài liệu chứng nhận người này có quyền thay mặt cho người nộp đơn/ thành viên.

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 DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



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 MassHealth (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 nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi điền vào đơn này. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn, sự cho phép này sẽ không hợp lệ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không thể chia sẻ thông tin của quý vị với DES của MassHealth. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ với DES của MassHealth, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Hướng dẫn tổng quát để điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth

Quý vị phải làm theo các hướng dẫn này khi điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không gửi thông tin sức khỏe được bảo vệ đến DES của MassHealth nếu quý vị không điền vào các mẫu đơn đúng cách. Chúng tôi cần bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị để đưa ra quyết định về khuyết tật.

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** 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 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. 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.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, 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 của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (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 DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe 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 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 / Thành Viên 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
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

Tôi cho phép tiết lộ toàn bộ hồ sơ y tế của mình. Chọn CÓ hoặc KHÔNG cho MỖI tùy chọn sau đây.

- Có Không Thông tin về sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- Có Không Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Có Không Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G
- Có Không Thông tin về sử dụng chất gây nghiện
- Có Không Khác (vui lòng nêu rõ): _____

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/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với Người nộp đơn/Thành viên hoặc quyền thay mặt Người nộp đơn/Thành viên

Ngày

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao của tài liệu chứng nhận người này có quyền thay mặt cho người nộp đơn/ thành viên.

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 DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



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 MassHealth (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 nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi điền vào đơn này. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn, sự cho phép này sẽ không hợp lệ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không thể chia sẻ thông tin của quý vị với DES của MassHealth. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ với DES của MassHealth, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Hướng dẫn tổng quát để điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth

Quý vị phải làm theo các hướng dẫn này khi điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không gửi thông tin sức khỏe được bảo vệ đến DES của MassHealth nếu quý vị không điền vào các mẫu đơn đúng cách. Chúng tôi cần bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị để đưa ra quyết định về khuyết tật.

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** 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 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. 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.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, 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 của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (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 DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe 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 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 / Thành Viên 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
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

Tôi cho phép tiết lộ toàn bộ hồ sơ y tế của mình. Chọn CÓ hoặc KHÔNG cho MỖI tùy chọn sau đây.

- Có Không Thông tin về sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- Có Không Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Có Không Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G
- Có Không Thông tin về sử dụng chất gây nghiện
- Có Không Khác (vui lòng nêu rõ): _____

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/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với Người nộp đơn/Thành viên hoặc quyền thay mặt Người nộp đơn/Thành viên

Ngày

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao của tài liệu chứng nhận người này có quyền thay mặt cho người nộp đơn/ thành viên.

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 DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



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 MassHealth (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 nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi điền vào đơn này. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn, sự cho phép này sẽ không hợp lệ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không thể chia sẻ thông tin của quý vị với DES của MassHealth. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ với DES của MassHealth, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

Hướng dẫn tổng quát để điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth

Quý vị phải làm theo các hướng dẫn này khi điền vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không gửi thông tin sức khỏe được bảo vệ đến DES của MassHealth nếu quý vị không điền vào các mẫu đơn đúng cách. Chúng tôi cần bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị để đưa ra quyết định về khuyết tật.

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** 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 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. 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.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, 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 của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (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 DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe 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 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 / Thành Viên 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
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

Tôi cho phép tiết lộ toàn bộ hồ sơ y tế của mình. Chọn CÓ hoặc KHÔNG cho MỖI tùy chọn sau đây.

- Có Không Thông tin về sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần
- Có Không Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Có Không Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G
- Có Không Thông tin về sử dụng chất gây nghiện
- Có Không Khác (vui lòng nêu rõ): _____

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/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với Người nộp đơn/Thành viên hoặc quyền thay mặt Người nộp đơn/Thành viên

Ngày

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao của tài liệu chứng nhận người này có quyền thay mặt cho người nộp đơn/ thành viên.

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 DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.