Commonwealth of Massachusetts  
Executive Office of Health and Human Services

Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật Người Lớn Của MassHealth

## 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  
Tên đệm viết tắt

Số an sinh xã hội  
Địa chỉ đường phố  
Số căn hộ/tòa nhà  
Thành phố   
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.

MẪU  
Liệt kê các vấn đề sức khỏe y tế và/hoặc tâm thần của quý vị. Trầm cảm  
Mô tả các triệu chứng hoặc cơn đau liên quan đến từng vấn đề sức khỏe. Lúc nào cũng rất mệt mỏi. Khó có thể ra khỏi giường vào buổi sáng. Tôi khóc rất nhiều trong ngày. Tôi không thể kiểm soát khi nào tôi khóc.  
Ngày bắt đầu xuất hiện vấn đề. Tháng 4 năm 2010  
Thuốc men/điều trị Không

MẪU  
Liệt kê các vấn đề sức khỏe y tế và/hoặc tâm thần của quý vị. Đau lưng  
Mô tả các triệu chứng hoặc cơn đau liên quan đến từng vấn đề sức khỏe. Cơn đau bắt đầu ở phần lưng dưới của tôi và đi xuống chân  
Ngày bắt đầu xuất hiện vấn đề. Tháng 6 năm 2007  
Thuốc men/điều trị Skelexin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 của các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần   
Lý do thăm khám  
Lần khám bệnh này có xảy ra trong năm qua không? có không

Tên của các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần   
Lý do thăm khám  
Lần khám bệnh này có xảy ra trong năm qua không? có không

Tên của các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần   
Lý do thăm khám  
Lần khám bệnh này có xảy ra trong năm qua không? có không

Tên của các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần   
Lý do thăm khám  
Lần khám bệnh này có xảy ra trong năm qua không? có không

Tên của các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần   
Lý do thăm khám  
Lần khám bệnh này có xảy ra trong năm 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 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](http://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?

MẪU  
Mặc quần áo và tắm rửa  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây   
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới. 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.

MẪU  
Làm công việc nhà thông thường  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây   
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới. Khi tôi bị trầm cảm, tôi không quan tâm nhà của tôi có sạch sẽ hay không.

Ngồi   
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đứng  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Cúi người  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Với lấy  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Nâng nhấc  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Ghi nhớ  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Nhìn  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Nghe  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Sử dụng tay của quý vị  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Mặc quần áo và tắm rửa  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Làm công việc nhà thông thường  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Nghe nhạc  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Xem TV  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Sử dụng máy tính  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đọc  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Nói chuyện qua điện thoại  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi ra ngoài  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi bộ  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi mua sắm  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi gặp bác sĩ  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đến thăm bạn bè và gia đình  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi đến trường  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Quản lý tiền/sử dụng ATM  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Lái xe  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Đi xe buýt, xe lửa hoặc taxi  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Chơi thể thao  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

Khác (vui lòng mô tả)  
Nếu có, hãy đánh chọn vào đây  
Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới.

# Phần 5. Ngôn ngữ của quý vị

Quý vị có nói tiếng Anh không? có không hạn chế  
Quý vị có hiểu tiếng Anh không? có không hạn chế  
Quý vị có đọc được tiếng Anh không? có không hạn chế  
Quý vị có viết được tiếng Anh không? có không hạn chế  
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

1. Đánh chọn vào bậc học cao nhất mà quý vị đã hoàn thành  
0  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
Bằng trung học phổ thông (GED)  
Bằng cao đẳng (Associate’s degree)  
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 Xây dựng  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Điện tử  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Nấu ăn  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Cơ khí ô tô  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Máy tính  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Làm tóc  
Năm   
Đã hoàn thành? có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Thẩm mỹ  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Trợ lý y tá  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Thư ký  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có không

Loại hình đào tạo Khác (vui lòng mô tả)  
Năm   
Đã hoàn thành có không  
Được chứng nhận/Được cấp phép có 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? 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 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

MẪU  
Chức danh Người đóng gói  
Thời gian làm việc Từ (Tháng/Năm): Tháng 3 năm 2012 Đến (Tháng/Năm): Tháng 5 năm 2012  
Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi loại việc quý vị đã từng làm.): 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. Chất thùng lên trên bục.  
Quý vị đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? 40  
Quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền một giờ? $9.00/giờ  
Lý do nghỉ việc: Chuyển nhà

Chức danh  
Thời gian làm việc Từ (Tháng/Năm): Đến (Tháng/Năm)  
Yêu cầu công việc (Liệt kê mọi loại 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 loại 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 loại 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.  
Làm thủ tục giấy tờ  
Sử dụng máy tính  
Lắp ráp  
Vận hành máy móc  
Sắp xếp hồ sơ  
Phục vụ mọi người  
Đếm & đóng gói  
Xây dựng   
Sử dụng điện thoại  
Lái xe ô tô hoặc xe tải  
Di chuyển đồ vật  
Dọn dẹp  
Sử dụng thiết bị văn phòng  
Sử dụng máy tính tiền  
Lái xe nâng  
Sử dụng dụng cụ máy  
Sử dụng dụng cụ cầm tay  
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 Đi bộ hoặc Đứng  
Số giờ trong một ngày  
0  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8

Hoạt động Ngồi  
Số giờ trong một ngày  
0  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8

Hoạt động Với lấy  
Số giờ trong một ngày  
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 quý vị điền vào đơn này. Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào trên mẫu đơn này, giấy 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 đường phố  
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 đường phố  
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 Sức khỏe Tâm lý hoặc Tâm thần

⬜ Có ⬜ Không HIV, AIDS, Thông tin về Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục

⬜ Có ⬜ Không Xét nghiệm Di truyền. Xem MGL c. 111 § 70G

⬜ Có ⬜ Không Thông Tin 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 thẩm quyền hành động thay cho 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 khoản 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.

KÉT THÚC TÀI LIỆU.

MADS-MR-VN-0721