

填写增补表说明

您已在 MassHealth 申请表中说明您的孩子有残障。残障标准要求残障已持续或预计将持续至少 12 个月。马萨诸塞大学残障评估服务部 (DES) 将审查您的孩子的 MassHealth 残障申请表。填写本残障增补表非常重要。

您的孩子如需根据其残障获得 MassHealth, 您需要告诉我们以下信息:

- 您的孩子的医疗和精神健康提供者。医疗和精神健康提供者包括您的孩子曾经或正在接受其治疗的医生、心理学家、治疗师、社会工作者、物理治疗师、脊椎按摩师、医院、保健中心和诊所;以及
- 您的孩子的日常活动及其教育背景。

填写残障增补表将向我们提供这些信息, 帮助我们迅速做出决定。

开始之前请阅读以下说明。

- 打印或清楚地书写, 尽您的最大努力填写增补表。
- 为您在增补表中列出的每一位医疗和精神健康提供者签署一份披露受保护健康信息授权书表格, 并注明日期。
- 填写完增补表后, 将其送交至:

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

DES 会向您列出的服务提供者索取您的孩子的医疗和治疗记录。如果您有以下任何一项, 请随本表送交一份副本: 您的孩子的医疗记录、个人化家庭服务计划 (IFSP)、个人化教育计划 (IEP)、测试或描述您的孩子病症的其他记录。如果需要更多信息或测试, DES 工作人员将与您联系。如果增补表中的所有项目均已填写, 您的孩子的资格将更快地确定。

这不是医疗福利申请表。如果您尚未为您的孩子填写申请表, 除本表外, 您还必须填写一份申请表。如果您对如何申请有任何疑问, 请电洽 (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 (供失聪者、听力或语言障碍者使用))。

如果您在填写本表时需要帮助, 您可以拨打马萨诸塞大学残障评估服务部 (DES) 帮助热线 (888) 497-9890。请填写本表的每个部分。如果您未填写每个部分, 我们可能无法确定您的孩子是否有残障。

有关您的孩子的信息 男 女

姓名 中间名首字母		社会安全号码	
街道地址		公寓号码	
城市	州	邮政编码	出生日期(月/日/年)
家庭电话	手机	工作电话/其他电话	
您的孩子有待批的社会安全金申请吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您的孩子有社会安全金吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您的孩子有 MassHealth 吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

关于您的家庭的信息

母亲:姓 名 中间名首字母	日间电话号码	
父亲:姓 名 中间名首字母	日间电话号码	
街道地址	公寓号码	
城市	州	邮政编码

您的家庭目前有 MassHealth 吗? 是 否

如果回答是,参加了哪一项计划? MassHealth 补充安全收入 (SSI)

有受抚养子女家庭过渡援助 (TAFDC) 其他 (请具体说明) _____

孩子和双方父母住在一起吗? 是 否

如果回答否,哪一方父母不与孩子住在一起? 母亲 父亲

他/她的地址是什么? _____

第 1 部分:您的孩子的健康问题和医疗服务提供者

请描述您的孩子的残障状况以及最初构成问题的时间。

您的孩子的发育(功能)水平是否与年龄相当? 是 否

如果回答否,发育年龄是多大? _____

您的孩子的残障是因事故造成的吗? 是 否

如果回答是,请简要解释。

您的孩子在过去一年内接受过任何医疗护理吗? 是 否

如果回答是,请包括孩子的初级保健医生以及自问题出现以来为您的孩子治疗任何问题的每一位医疗和精神健康提供者。医疗或精神健康提供者可能包括您的孩子接受其治疗的医生、心理学家、治疗师、社会工作者、物理治疗师、脊椎按摩师、医院、保健中心和诊所。如果没有足够的空白填写,您可以在另一张纸上填写。如果您的孩子仅从一家设施接受治疗,请仅列出该设施。

医疗和精神健康提供者姓名	电话	最近一次就诊的日期

请您在本列表中列出的每一位医疗和精神健康提供者填写一份披露受保护健康信息授权书表格。请务必在每份表格中签名并注明日期。这些授权书表格位于本资料包的末尾。如果您需要更多份披露受保护健康信息授权书表格,请电洽 MassHealth 客户服务中心,电话号码 (800) 841-2900 (TTY:(800) 497-4648 (供失聪者、听力或语言障碍者使用)), 或者在以下网站下载该表:www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms。

第 1 部分:您的孩子的健康问题和医疗服务提供者(续)

您的孩子是否预约了在接下来的 12 个月内去医院就诊? 是 否

如果回答是,请填写以下各项。

哪里	何时	为什么

第 2 部分:您的孩子的教育和其他服务提供者

您的孩子目前是否注册参加了公共卫生部早期干预计划? 是 否

如果回答是,计划名称 _____

您的孩子在上学吗? 是 否

如果回答是,校名 _____

如果回答否,您的孩子是否通过学校系统获得家庭服务? 是 否

如果回答是,请解释。

您的孩子是否有个人化教育计划(IEP)? 是 否

如果回答是,我们需要一份最新 IEP 随附在本增补表中 我会送交一份 IEP

我将填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格,以便 MassHealth 索取一份 IEP。

请列出目前为您的孩子提供服务的机构。请提供联系人及机构地址。

机构名称	联系人和电话号码	地址
儿童和家庭服务部	姓名 电话	
发育服务部	姓名 电话	
教育部	姓名 电话	
精神健康部	姓名 电话	
公共卫生部	姓名 电话	
马萨诸塞州盲人委员会	姓名 电话	
社区个案管理部	姓名 电话	
其他	姓名 电话	

第 3 部分:您的孩子的日常生活活动

活动和一般卫生:请在每项活动的一列中打勾,说明您的孩子的功能水平。

活动:	独立	需要协助	不能够
走路			
爬行			
坐立			
翻身			
洗澡			
穿衣			

视力、听力和语言:请说明您的孩子的功能水平。

活动:	较好	一般	较差	无
视力				
听力				
语言				

如厕:请说明您的孩子的功能水平。

功能	是	否	其他(例如,导管、结肠造口术)
控制小便			
控制大便			

喂食:请说明如何为您的孩子喂食,并说明喂食频率和持续时间。

功能	每天喂食次数	每次喂食分钟数
口腔		
胃造口术或空肠造口管(圈选一项)		
鼻胃管		

您的孩子需要任何特殊饮食或配方奶吗? 是 否

如果回答是,请解释。

您的孩子接受肠外(静脉)营养吗? 是 否

如果回答是,请描述方案和频率。 _____

第 4 部分:您的孩子的疾病

呼吸系统:您的孩子需要以下任何辅助方法吗?

辅助方法:	是	否	
抽吸 — 橡皮球			频率
抽吸 — 机器			频率
氧气			每天小时数 升流量
加湿			每天小时数 升流量
胸部物理疗法			每天次数

第 4 部分:您的孩子的疾病(续)

家庭护理:您的孩子在家中接受专业护理吗? 是 否

如果回答是,每周多少小时? _____

请描述护理 _____

您的孩子的护理是如何提供的? 由家庭保健机构提供 由独立护士服务提供者提供

请说明照护者类型 注册护士(RN) 持照执业护士(LPN) 家庭保健助理

您是否认为有任何其他护理服务会对您的孩子有益? 是 否

如果回答是,请描述。

疗法

您的孩子在家中接受专业护理吗? 是 否

如果回答是,请说明提供服务的类型、地点和机构。

疗法类型	每周在家长的服务次数	每周在学校的服务次数	服务提供者机构
语言疗法			
物理疗法			
呼吸系统疗法			
职业疗法			
其他			

药物:请提供您的孩子定期服用的所有药物的以下信息。

药物	剂量	频率	药物	剂量	频率

设备和用品:请说明您的孩子是否需要以下任何物品。

- | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 呼吸机 | <input type="checkbox"/> 呼吸暂停监测仪 | <input type="checkbox"/> 倾斜式站立辅助器 | <input type="checkbox"/> 矫形鞋 | <input type="checkbox"/> 胃鼻管 |
| <input type="checkbox"/> 发电机 | <input type="checkbox"/> 心脏监护仪 | <input type="checkbox"/> 喂食泵/杆 | <input type="checkbox"/> 鞋垫 | <input type="checkbox"/> 注射器 |
| <input type="checkbox"/> 简易加压呼吸球囊 | <input type="checkbox"/> 喷雾器 | <input type="checkbox"/> 助步器 | <input type="checkbox"/> 气管切开插管 | <input type="checkbox"/> 配方奶 |
| <input type="checkbox"/> 抽吸机 | <input type="checkbox"/> 静脉注射泵 | <input type="checkbox"/> 胸腰骶支具 | <input type="checkbox"/> 胃造口管 | <input type="checkbox"/> 静脉输液 |
| <input type="checkbox"/> 氧气压缩机 | <input type="checkbox"/> 轮椅 | <input type="checkbox"/> 支架 | <input type="checkbox"/> 喂食袋/管 | <input type="checkbox"/> 透析 |
| <input type="checkbox"/> 氧气罐 | <input type="checkbox"/> 病床 | <input type="checkbox"/> 夹板 | <input type="checkbox"/> 静脉注射管 | |
| <input type="checkbox"/> 其他(请列出) _____ | | | | |

第 5 部分:其他信息

请提供有关您的孩子的护理的任何其他信息,这些信息在您考虑为您的孩子申请 MassHealth 时会有帮助。

第 6 部分:签名和权利

本部分必须填写。

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

家长/监护人部分

我了解本增补表中包含的信息将由 MassHealth 工作人员及其代理人进行审查,以便确定我的孩子是否有资格获得医疗福利。

家长/监护人签名 _____ 日期 _____

经授权代表信息部分

您可以选择一位经授权代表帮助您的孩子完成申请或获得保健福利的部分或全部任务。

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

如果该表由父母或监护人以外有代表孩子的法定授权的人(例如经授权代表)填写,您必须填写并提交 ARD,并向我们提供以下信息。

填写本表人士的签名 _____

用大写字母填写姓名 _____

代表孩子填写本表的人士的权限 _____

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

提醒通知

您是否记住

- 为以下每一项填写一份披露受保护健康信息授权书表格:
 - 第 2 页中所列的每一位医疗服务提供者?
 - 第 2 页中所列的每一位精神健康提供者?
 - 您的孩子的个人化教育计划(如果未随本增补表一起提供,并且您无法向我们发送一份副本)?
- 在所有的披露受保护健康信息授权书表格中签名?
- 在上方本残障增补表中签名?
- 需要时包括一份填妥并签名的经授权代表指定表(ARD)?



披露受保护健康信息授权书

这是 MassHealth 残障评估服务部接受的唯一信息披露

申请人：

如果您未完整填写本披露受保护健康信息授权书，MassHealth 残障评估服务部 (DES) 将无法为您作出残障认定。您可能会失去或减少您的 MassHealth 福利。

说明

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

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

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

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

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 如果本表用于 18 岁以下的儿童，则必须由一位家长或法定监护人代表该儿童签名。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

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

披露受保护健康信息授权书

该受保护健康信息请求支持该人士的公共福利申请。根据《马萨诸塞州普通法》第 c.112 和 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。根据法规，记录必须在 30 天内提供。

通过填写和签署本披露受保护健康信息授权书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (DES) 分享我的受保护健康信息，以便确定我是否有资格获得残障服务。

- 我了解作为本授权的一部分使用或分享的某些信息可能会被 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些健康信息包括有关艾滋病病毒 (HIV) 感染、艾滋病、基因检测以及心理或精神疾病的记录。这些健康信息受州和联邦法律的保护，除非法律另行许可，未经我的书面同意不得分享。《联邦法规集》第 42 篇第 2 部分不允许提供物质滥用障碍诊断、治疗或转诊治疗的计划在未经我授权的情况下分享计划创建、接收或获取的有关我的健康信息。

第 1 节: MassHealth 申请人/会员信息

姓名	出生日期
街道地址	
城市、州、邮编	
电话号码 ()	

第 2 节: 医疗保健提供者信息

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称
街道地址
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

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

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

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

除非已经根据本授权采取行动，或者在适用法律规定的可质疑期间，我了解我可以随时通过向 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

这是 MassHealth 残障评估服务部接受的唯一信息披露

申请人：

如果您未完整填写本披露受保护健康信息授权书，MassHealth 残障评估服务部 (DES) 将无法为您作出残障认定。您可能会失去或减少您的 MassHealth 福利。

说明

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

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

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

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

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 如果本表用于 18 岁以下的儿童，则必须由一位家长或法定监护人代表该儿童签名。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

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

披露受保护健康信息授权书

该受保护健康信息请求支持该人士的公共福利申请。根据《马萨诸塞州普通法》第 c.112 和 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。根据法规，记录必须在 30 天内提供。

通过填写和签署本披露受保护健康信息授权书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (DES) 分享我的受保护健康信息，以便确定我是否有资格获得残障服务。

- 我了解作为本授权的一部分使用或分享的某些信息可能会被 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些健康信息包括有关艾滋病病毒 (HIV) 感染、艾滋病、基因检测以及心理或精神疾病的记录。这些健康信息受州和联邦法律的保护，除非法律另行许可，未经我的书面同意不得分享。《联邦法规集》第 42 篇第 2 部分不允许提供物质滥用障碍诊断、治疗或转诊治疗的计划在未经我授权的情况下分享计划创建、接收或获取的有关我的健康信息。

第 1 节: MassHealth 申请人/会员信息

姓名	出生日期
街道地址	
城市、州、邮编	
电话号码 ()	

第 2 节: 医疗保健提供者信息

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称
街道地址
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

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

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

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

除非已经根据本授权采取行动，或者在适用法律规定的可质疑期间，我了解我可以随时通过向 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

这是 MassHealth 残障评估服务部接受的唯一信息披露

申请人：

如果您未完整填写本披露受保护健康信息授权书，MassHealth 残障评估服务部 (DES) 将无法为您作出残障认定。您可能会失去或减少您的 MassHealth 福利。

说明

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

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

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

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

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 如果本表用于 18 岁以下的儿童，则必须由一位家长或法定监护人代表该儿童签名。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

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

披露受保护健康信息授权书

该受保护健康信息请求支持该人士的公共福利申请。根据《马萨诸塞州普通法》第 c.112 和 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。根据法规，记录必须在 30 天内提供。

通过填写和签署本披露受保护健康信息授权书，**我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息**。该表将允许我的医生与 MassHealth (DES) 分享我的受保护健康信息，以便确定我是否有资格获得残障服务。

- 我了解作为本授权的一部分使用或分享的某些信息可能会被 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些健康信息包括有关艾滋病病毒 (HIV) 感染、艾滋病、基因检测以及心理或精神疾病的记录。这些健康信息受州和联邦法律的保护，除非法律另行许可，未经我的书面同意不得分享。《联邦法规集》第 42 篇第 2 部分不允许提供物质滥用障碍诊断、治疗或转诊治疗的计划在未经我授权的情况下分享计划创建、接收或获取的有关我的健康信息。

第 1 节: MassHealth 申请人/会员信息

姓名	出生日期
街道地址	
城市、州、邮编	
电话号码 ()	

第 2 节: 医疗保健提供者信息

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称
街道地址
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

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

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

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

除非已经根据本授权采取行动，或者在适用法律规定的可质疑期间，我了解我可以随时通过向 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

这是 MassHealth 残障评估服务部接受的唯一信息披露

申请人：

如果您未完整填写本披露受保护健康信息授权书，MassHealth 残障评估服务部 (DES) 将无法为您作出残障认定。您可能会失去或减少您的 MassHealth 福利。

说明

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

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

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

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

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 如果本表用于 18 岁以下的儿童，则必须由一位家长或法定监护人代表该儿童签名。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

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

披露受保护健康信息授权书

该受保护健康信息请求支持该人士的公共福利申请。根据《马萨诸塞州普通法》第 c.112 和 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。根据法规，记录必须在 30 天内提供。

通过填写和签署本披露受保护健康信息授权书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (DES) 分享我的受保护健康信息，以便确定我是否有资格获得残障服务。

- 我了解作为本授权的一部分使用或分享的某些信息可能会被 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些健康信息包括有关艾滋病病毒 (HIV) 感染、艾滋病、基因检测以及心理或精神疾病的记录。这些健康信息受州和联邦法律的保护，除非法律另行许可，未经我的书面同意不得分享。《联邦法规集》第 42 篇第 2 部分不允许提供物质滥用障碍诊断、治疗或转诊治疗的计划在未经我授权的情况下分享计划创建、接收或获取的有关我的健康信息。

第 1 节: MassHealth 申请人/会员信息

姓名	出生日期
街道地址	
城市、州、邮编	
电话号码 ()	

第 2 节: 医疗保健提供者信息

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称
街道地址
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

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

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

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

除非已经根据本授权采取行动，或者在适用法律规定的可质疑期间，我了解我可以随时通过向 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。



披露受保护健康信息授权书

这是 MassHealth 残障评估服务部接受的唯一信息披露

申请人：

如果您未完整填写本披露受保护健康信息授权书，MassHealth 残障评估服务部 (DES) 将无法为您作出残障认定。您可能会失去或减少您的 MassHealth 福利。

说明

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

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

填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权书的一般说明

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

1. 为您在残障补充材料第 2 部分中列出的每位医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**签署一份单独的 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格，并注明日期。**
2. 所有 MassHealth 披露受保护健康信息授权书表格**必须用黑色或蓝色圆珠笔填写，并且必须是原件。**不允许提供复印件或签名印章。不允许用铅笔填写和签署表格。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 如果本表用于 18 岁以下的儿童，则必须由一位家长或法定监护人代表该儿童签名。
5. 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人/会员的完整文件副本。

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

披露受保护健康信息授权书

该受保护健康信息请求支持该人士的公共福利申请。根据《马萨诸塞州普通法》第 c.112 和 120C 款，不得对请求的记录披露收取任何费用。根据法规，记录必须在 30 天内提供。

通过填写和签署本披露受保护健康信息授权书，我授权我的医疗保健提供者与 MassHealth 残障评估服务部 (DES) 分享我的受保护健康信息。该表将允许我的医生与 MassHealth (DES) 分享我的受保护健康信息，以便确定我是否有资格获得残障服务。

- 我了解作为本授权的一部分使用或分享的某些信息可能会被 DES 重新分享。如果重新分享，这些信息可能不受保护其机密性的联邦或州法律的制约。
- 我还了解某些健康信息对敏感信息有特殊保护。这些健康信息包括有关艾滋病病毒 (HIV) 感染、艾滋病、基因检测以及心理或精神疾病的记录。这些健康信息受州和联邦法律的保护，除非法律另行许可，未经我的书面同意不得分享。《联邦法规集》第 42 篇第 2 部分不允许提供物质滥用障碍诊断、治疗或转诊治疗的计划在未经我授权的情况下分享计划创建、接收或获取的有关我的健康信息。

第 1 节: MassHealth 申请人/会员信息

姓名	出生日期
街道地址	
城市、州、邮编	
电话号码 ()	

第 2 节: 医疗保健提供者信息

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称
街道地址
城市、州、邮编
电话号码 ()

第 3 节: 与 DES 分享的敏感医疗信息

我授权披露我的全部医疗记录。请对以下每一个选项勾选“是”或“否”。

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

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

申请人、会员或合法代表签名

日期

与申请人/会员的关系或代表申请人/会员的授权

日期

请随附一份授权该人士代表申请人/会员的完整文件副本。

除非已经根据本授权采取行动，或者在适用法律规定的可质疑期间，我了解我可以随时通过向 DES 发送书面请求撤销本授权，DES 的地址：PO Box 2796, Worcester, MA 01613。本授权自签署日期起一 (1) 年后到期。