

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。为了确保您的孩子符合 MassHealth 的资格, 残障评估服务部 (DES) 将审查您的孩子的残障增补表。完整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。

完整填写残障增补表将向我们提供帮助使我们迅速做出决定所需的信息。

开始之前请阅读以下说明。

- 用大写字母填写或清楚地填写, 尽您的最大努力填写增补表。
- 为您在增补表中列出的每一个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表, 并注明日期。
- 填写完增补表后, 请将其寄至:

Disability Evaluation Services (DES)
PO Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

DES 将向您列出的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)、早期干预 (EI) 记录、个人化教育计划 (IEP)、504 计划、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。完整填写本增补表将加快确定您的孩子资格的流程。

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 MassHealth 客户服务中心, 电话 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。

如果您在填写本表时需要帮助, 您可以打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420。请填写本表的每个部分。
如果您未填写每个部分, 我们可能无法对您的孩子残障做出决定。

关于您的孩子的信息

| | | |
|--|---|--|
| 出生时指定的性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 以下哪一项最适当地描述您的孩子目前的性别认同? <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性别男性 <input type="checkbox"/> 跨性别女性 <input type="checkbox"/> 性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非男性亦非女性 | <input type="checkbox"/> 性别认同未列出 请具体说明 _____ <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 选择不回答 |
|--|---|--|

姓、名、中间名首字母 _____

| | | |
|-------------|------------------------|----------------|
| 社会安全号码最后四位数 | MassHealth Medicaid ID | 孩子的出生日期(月/日/年) |
|-------------|------------------------|----------------|

| | | | |
|-----------|----|---|----|
| 街道地址 公寓号码 | 城市 | 州 | 邮编 |
|-----------|----|---|----|

| | |
|------|----|
| 家中电话 | 手机 |
|------|----|

您的孩子有待批的社会安全金申请吗? 是 否

您的孩子领取社会安全金吗? 是 否

您的孩子参加了 MassHealth 吗? 是 否

有关您的孩子的家庭/监护人的信息

| | |
|----------------------|--------|
| 主要家长/监护人: 姓、名、中间名首字母 | 日间电话号码 |
|----------------------|--------|

主要家长/监护人电邮地址 _____

| | | | |
|-----------|----|---|----|
| 街道地址 公寓号码 | 城市 | 州 | 邮编 |
|-----------|----|---|----|

您会说英语吗? 是 否 您听得懂英语吗? 是 否

您会用英语阅读吗? 是 否 您会用英语书写吗? 是 否

您的首选语言是什么?

您能用您的首选语言阅读吗? 是 否 您能用您的首选语言书写吗? 是 否

您的家庭目前参加了 MassHealth 吗? 是 否

如果回答是, 参加了哪一项计划?

- MassHealth
- Supplemental Security Income (SSI)
- Transitional Aid to Families with Dependent Child (TAFDC)
- 其他(请具体说明) _____

孩子与双方父母/监护人住在一起吗? 是 否

如果回答否, 孩子与哪一方父母/监护人住在一起?

姓名: _____

第 1 部分 : 您的孩子的健康问题和医疗提供者

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保健护理吗? 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、保健中心或诊所。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。

医疗或精神健康提供者姓名/名称

电话号码

最近一次就诊的日期

请您在本表中列出的每一个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表。请务必在每份表格中签名并注明日期。这些授权表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表, 请电洽 MassHealth 客户服务中心, 电话 (800) 841-2900, TTY: 711, 或从以下网站下载该表

mass.gov/lists/masshealth-member-forms。

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。_____

请随本增补表提交这些记录的副本。

您的孩子在上学吗? 是 否

如果回答是, 校名 _____

您的孩子是否有个人化教育计划(IEP)或 504 计划? 是 否

如果回答是, 我们需要您随本增补表提供最新 IEP 或 504 计划副本。

如果您需要 MassHealth 索取副本, 请填写 MassHealth 披露受保护健康信息授权表。

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。

马萨诸塞州盲人委员会

联系人姓名和电话号码 _____

地址 _____

社区个案管理部

联系人姓名和电话号码 _____

地址 _____

其他

联系人姓名和电话号码 _____

地址 _____

第 3 部分 : 您的孩子的日常生活活动

请在每项活动的一列中打勾, 说明您的孩子的功能水平

走路 独立 需要协助 不能

爬动 独立 需要协助 不能

坐立 独立 需要协助 不能

翻身 独立 需要协助 不能

洗澡 独立 需要协助 不能

穿衣 独立 需要协助 不能

视力 较好 一般 较差 无

听力 较好 一般 较差 无

语言 较好 一般 较差 无

控制小便 是 否 其他(例如导管、结肠造口术) _____

控制大便 是 否 其他(例如导管、结肠造口术) _____

请说明您的孩子如何进食

口腔

胃造口管或

空肠造口管(圈选一项)

鼻胃管

肠外(静脉)营养

第 4 部分 : 您的孩子的疾病

呼吸系统疗法

您的孩子需要以下任何辅助方法吗? 是 否

呼吸机: 每天小时数

持续气道正压通气(CPAP)/双水平气道正压通气(BIPAP): 每天时数

氧气: 每天时数: 升流量

加湿: 每天时数 升流量

胸部物理疗法: 每天次数

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

专业疗法

您的孩子接受专业疗法吗? 是 否

如果回答是, 请说明提供服务的类型、地点和机构。

语言: 每周在校内的服务次数 每周在校外的服务次数

服务提供者机构

物理疗法: 每周在校内的服务次数 每周在校外的服务次数

服务提供者机构

呼吸系统疗法: 每周在校内的服务次数 每周在校外的服务次数

服务提供者机构

职业疗法: 每周在校内的服务次数 每周在校外的服务次数

服务提供者机构

其他: 每周在校内的服务次数 每周在校外的服务次数

服务提供者机构

药物

请提供您的孩子定期使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。

呼吸暂停监测仪

配方奶

胃鼻管

抽吸机

支架

胃造口管

喷雾器

气管切开插管

心脏监护仪

病床

氧气压缩机

呼吸机

透析

静脉注射泵

氧气罐

助步器

喂食袋/管

静脉注射管

倾斜式站立辅助器

轮椅

喂食泵/杆

静脉输液

夹板

其他(请列出)

第 5 部分 :其他信息

请包括有关您的孩子的护理的任何其他信息, 这些信息在考虑您为孩子提交的 MassHealth 申请时会有帮助。

第 6 部分 :签名和权利

本部分必须填写。

您的孩子享有隐私权。本表中的信息是保密信息。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审查, 以便确定我的孩子是否有资格获得医疗福利。

我在下方签署本申请表则表示, 据我所知, 我在本申请表中提交的内容和陈述是真实和完整的, 我同意接受并遵守上述 MassHealth 和 Health Connector 计划的权利和责任, 如有不实愿受作伪证之处罚。

家长/监护人签名 _____

用大写字母填写姓名 _____ 日期 ____ / ____ / ____

经授权代表信息部分

重要事项:如果本表由拥有法定授权的父母或监护人以外的其他人代表孩子填写, 则该个人必须在下方签名, 并附上相应的完整法律文件(例如, 经授权代表指定表(ARD)或监护权表)。

我在下方签署本申请表则表示, 据我所知, 我在本申请表中提交的内容和陈述是真实和完整的, 我同意接受并遵守上述 MassHealth 和 Health Connector 计划的权利和责任, 如有不实愿受作伪证之处罚。

经授权代表签名 _____

用大写字母填写姓名 _____ 日期 ____ / ____ / ____

如需索取 ARD, 请电洽 MassHealth 客户服务中心, 电话 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。您也可以从以下网站下载该表: mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download。

DES 可向资格代表发送通知副本。您的签名并不授权 DES 接收您的医疗记录。请填写并签署随附的披露受保护健康信息授权表。

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表:
 - 第 1 部分中列出的每一个医疗提供者?
 - 第 1 部分中列出的每一个精神健康提供者?
 - 您的孩子的个人化教育计划(IEP)、个人化家庭服务计划(IFSP)或早期干预(EI)?
- 在所有的披露受保护健康信息授权表中签名?
- 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)或提供监护权的文件?
- 如果您在填写本表时需要有人帮助, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420?

披露受保护健康信息授权表



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表, 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

本 MassHealth 披露受保护健康信息授权表可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取健康信息, 以便 DES 作出残障认定。

请在开始之前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下, 或未正确填写表格, 本许可将无效。您的医疗保健提供者将无法与 DES 分享您的受保护健康信息。

- 为您在残障补充表中列出的**每位**医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**单独**签署一份披露受保护健康信息授权表, 并注明日期。
- 所有披露受保护健康信息授权表必须用黑色或蓝色圆珠笔填写, 并且必须是原件。不允许用铅笔填写和签署表格。不允许提供复印件或签名印章。可接受电子签名。
- 一行中只能有一个签名。
- 通过电子邮件、传真或邮寄方式提交的授权表需有有效签名。
- 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。
- 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人的完整文件副本。

如果您需要有人帮助填写披露受保护健康信息授权表, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420

披露受保护健康信息授权表

本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 12CC 款,不得对记录披露请求收取任何费用。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表,我授权我的医疗保健提供者与残障评估服务部(DES)分享我的受保护健康信息。本表将允许我的医生与 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重新分享。如果信息被重新分享,可能不再受联邦或州保密法的保护。
- 我还了解某些敏感健康信息享有特殊保护。这些敏感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。这些敏感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 | 楼层 | 室号 |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 | |

第 3 节:与 DES 分享的敏感医疗信息

如果您的记录中包括以下信息,请勾选“是”,表示您允许披露这些信息。

- 是 精神或心理健康信息
- 是 艾滋病病毒(HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 遗传检测(请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c.111 和 70G 款)
- 是 物质滥用信息

本授权从签署日期前 12 个月至到期日有效。
本授权自签署日期起 12 个月后到期。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ 申请人或法定代表签名 | _____ 日期 |
| _____ 与申请人的关系或代表申请人行事的权利 | |

如果本表由法定代表填写,请随附授权您代表申请人文件的完整副本。

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残障评估服务部(DES)发送书面请求撤销本授权,DES 的地址:PO Box 2796, Worcester, MA 01613。

披露受保护健康信息授权表



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表, 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

本 MassHealth 披露受保护健康信息授权表可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取健康信息, 以便 DES 作出残障认定。

请在开始之前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下, 或未正确填写表格, 本许可将无效。您的医疗保健提供者将无法与 DES 分享您的受保护健康信息。

- 为您在残障补充表中列出的**每位**医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**单独**签署一份披露受保护健康信息授权表, 并注明日期。
- 所有披露受保护健康信息授权表必须用黑色或蓝色圆珠笔填写, 并且必须是原件。不允许用铅笔填写和签署表格。不允许提供复印件或签名印章。可接受电子签名。
- 一行中只能有一个签名。
- 通过电子邮件、传真或邮寄方式提交的授权表需有有效签名。
- 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。
- 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人的完整文件副本。

如果您需要有人帮助填写披露受保护健康信息授权表, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420

披露受保护健康信息授权表

本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 12CC 款,不得对记录披露请求收取任何费用。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表,我授权我的医疗保健提供者与残障评估服务部(DES)分享我的受保护健康信息。本表将允许我的医生与 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重新分享。如果信息被重新分享,可能不再受联邦或州保密法的保护。
- 我还了解某些敏感健康信息享有特殊保护。这些敏感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。这些敏感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 | 楼层 | 室号 |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 | |

第 3 节:与 DES 分享的敏感医疗信息

如果您的记录中包括以下信息,请勾选“是”,表示您允许披露这些信息。

- 是 精神或心理健康信息
- 是 艾滋病病毒(HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 遗传检测(请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c.111 和 70G 款)
- 是 物质滥用信息

本授权从签署日期前 12 个月至到期日有效。
本授权自签署日期起 12 个月后到期。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ 申请人或法定代表签名 | _____ 日期 |
| _____ 与申请人的关系或代表申请人行事的权利 | |

如果本表由法定代表填写,请随附授权您代表申请人文件的完整副本。

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残障评估服务部(DES)发送书面请求撤销本授权,DES 的地址:PO Box 2796, Worcester, MA 01613。

披露受保护健康信息授权表



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表, 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

本 MassHealth 披露受保护健康信息授权表可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取健康信息, 以便 DES 作出残障认定。

请在开始之前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下, 或未正确填写表格, 本许可将无效。您的医疗保健提供者将无法与 DES 分享您的受保护健康信息。

- 为您在残障补充表中列出的**每位**医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**单独**签署一份披露受保护健康信息授权表, 并注明日期。
- 所有披露受保护健康信息授权表必须用黑色或蓝色圆珠笔填写, 并且必须是原件。不允许用铅笔填写和签署表格。不允许提供复印件或签名印章。可接受电子签名。
- 一行中只能有一个签名。
- 通过电子邮件、传真或邮寄方式提交的授权表需有有效签名。
- 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。
- 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人的完整文件副本。

如果您需要有人帮助填写披露受保护健康信息授权表, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420

披露受保护健康信息授权表

本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 12CC 款,不得对记录披露请求收取任何费用。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表,我授权我的医疗保健提供者与残障评估服务部(DES)分享我的受保护健康信息。本表将允许我的医生与 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重新分享。如果信息被重新分享,可能不再受联邦或州保密法的保护。
- 我还了解某些敏感健康信息享有特殊保护。这些敏感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。这些敏感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 | 楼层 | 室号 |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 | |

第 3 节:与 DES 分享的敏感医疗信息

如果您的记录中包括以下信息,请勾选“是”,表示您允许披露这些信息。

- 是 精神或心理健康信息
- 是 艾滋病病毒(HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 遗传检测(请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c.111 和 70G 款)
- 是 物质滥用信息

本授权从签署日期前 12 个月至到期日有效。
本授权自签署日期起 12 个月后到期。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ 申请人或法定代表签名 | _____ 日期 |
| _____ 与申请人的关系或代表申请人行事的权利 | |

如果本表由法定代表填写,请随附授权您代表申请人文件的完整副本。

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残障评估服务部(DES)发送书面请求撤销本授权,DES 的地址:PO Box 2796, Worcester, MA 01613。

披露受保护健康信息授权表



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表, 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

本 MassHealth 披露受保护健康信息授权表可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取健康信息, 以便 DES 作出残障认定。

请在开始之前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下, 或未正确填写表格, 本许可将无效。您的医疗保健提供者将无法与 DES 分享您的受保护健康信息。

- 为您在残障补充表中列出的**每位**医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**单独**签署一份披露受保护健康信息授权表, 并注明日期。
- 所有披露受保护健康信息授权表必须用黑色或蓝色圆珠笔填写, 并且必须是原件。不允许用铅笔填写和签署表格。不允许提供复印件或签名印章。可接受电子签名。
- 一行中只能有一个签名。
- 通过电子邮件、传真或邮寄方式提交的授权表需有有效签名。
- 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。
- 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人的完整文件副本。

如果您需要有人帮助填写披露受保护健康信息授权表, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420

披露受保护健康信息授权表

本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 12CC 款,不得对记录披露请求收取任何费用。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表,我授权我的医疗保健提供者与残障评估服务部(DES)分享我的受保护健康信息。本表将允许我的医生与 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重新分享。如果信息被重新分享,可能不再受联邦或州保密法的保护。
- 我还了解某些敏感健康信息享有特殊保护。这些敏感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。这些敏感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 | 楼层 | 室号 |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 | |

第 3 节:与 DES 分享的敏感医疗信息

如果您的记录中包括以下信息,请勾选“是”,表示您允许披露这些信息。

- 是 精神或心理健康信息
- 是 艾滋病病毒(HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 遗传检测(请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c.111 和 70G 款)
- 是 物质滥用信息

本授权从签署日期前 12 个月至到期日有效。
本授权自签署日期起 12 个月后到期。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ 申请人或法定代表签名 | _____ 日期 |
| _____ 与申请人的关系或代表申请人行事的权利 | |

如果本表由法定代表填写,请随附授权您代表申请人文件的完整副本。

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残障评估服务部(DES)发送书面请求撤销本授权,DES 的地址:PO Box 2796, Worcester, MA 01613。

披露受保护健康信息授权表



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表, 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

本 MassHealth 披露受保护健康信息授权表可帮助我们 从您的医疗保健提供者处获取健康信息, 以便 DES 作出残障认定。

请在开始之前仔细阅读说明。如果您将本表的任何部分空下, 或未正确填写表格, 本许可将无效。您的医疗保健提供者将无法与 DES 分享您的受保护健康信息。

- 为您在残障补充表中列出的**每位**医生、每家医院、保健中心、诊所或其他医疗保健提供者**单独**签署一份披露受保护健康信息授权表, 并注明日期。
- 所有披露受保护健康信息授权表必须用黑色或蓝色圆珠笔填写, 并且必须是原件。不允许用铅笔填写和签署表格。不允许提供复印件或签名印章。可接受电子签名。
- 一行中只能有一个签名。
- 通过电子邮件、传真或邮寄方式提交的授权表需有有效签名。
- 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。
- 法定监护人必须随附一份授权他们代表申请人的完整文件副本。

如果您需要有人帮助填写披露受保护健康信息授权表, 请打电话给 DES 服务代表, 电话 (800) 888-3420

披露受保护健康信息授权表

本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 12CC 款,不得对记录披露请求收取任何费用。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表,我授权我的医疗保健提供者与残障评估服务部(DES)分享我的受保护健康信息。本表将允许我的医生与 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重新分享。如果信息被重新分享,可能不再受联邦或州保密法的保护。
- 我还了解某些敏感健康信息享有特殊保护。这些敏感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。这些敏感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 | 楼层 | 室号 |
| 城市、州、邮编 | 电话号码 | |

第 3 节:与 DES 分享的敏感医疗信息

如果您的记录中包括以下信息,请勾选“是”,表示您允许披露这些信息。

- 是 精神或心理健康信息
- 是 艾滋病病毒(HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 是 遗传检测(请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c.111 和 70G 款)
- 是 物质滥用信息

本授权从签署日期前 12 个月至到期日有效。
本授权自签署日期起 12 个月后到期。

| | |
|-----------------------------|-------------|
| _____ 申请人或法定代表签名 | _____ 日期 |
| _____ 与申请人的关系或代表申请人行事的权利 | |

如果本表由法定代表填写,请随附授权您代表申请人文件的完整副本。

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残障评估服务部(DES)发送书面请求撤销本授权,DES 的地址:PO Box 2796, Worcester, MA 01613。