Suplemento para criança com deficiência do MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Instruções para preencher o suplemento

Você indicou em seu requerimento do MassHealth que seu filho/sua filha possui uma deficiência. As normas sobre deficiência exigem que a deficiência tenha durado, ou se espera que dure, pelo menos 12 meses. Para garantir a qualificação da criança para o MassHealth, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) irão examinar o Suplemento de Deficiência da criança. É muito importante que você preencha todo o Suplemento de Deficiência.

Para que a criança obtenha o MassHealth com base em sua deficiência, você precisa nos informar sobre:

- os provedores de serviços médicos e de saúde mental da criança. Os provedores de serviços médicos e de saúde médica podem incluir médicos, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, fisioterapeutas, quiropráticos, hospitais, centros de saúde e clínicas nas quais a criança recebeu ou está recebendo tratamento; e
- as atividades diárias da criança e seu histórico educacional.

O Suplemento de Deficiência totalmente preenchido nos fornecerá as informações necessárias para tomarmos uma decisão rápida.

Leia as instruções a seguir antes de começar.

- Imprima ou escreva com letra legível e preencha o suplemento da melhor forma possível.
- Assine e date um Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas para cada provedor de serviços médicos ou de saúde mental que você mencionar no suplemento.
- Depois de preencher o suplemento, envie-o para:
  Disability Evaluation Services (DES)
  PO Box 2796
  Worcester, MA 01613-2796

O DES solicitará que os provedores que você mencionou para a criança forneçam seus registros médicos e de tratamento. Se você tiver algum dos seguintes, envie uma cópia com este formulário: registros médicos da criança, Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP), registros de Intervenção Precoce (EI), Programa de Educação Individualizada (IEP), Plano 504, testes ou outros registros que descrevam as condições da criança. Se mais informações ou testes forem necessários, um membro do DES entrará em contato com você. O preenchimento completo deste suplemento acelerará o processo de determinação da qualificação da criança.

Este não é um requerimento para benefícios médicos. Se você ainda não completou um requerimento para a criança, deve preencher um requerimento além deste formulário. Se tiver dúvidas sobre como requerer, ligue para o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.
Preencha todas as seções deste formulário.
Se não preencher todas as seções talvez não seja possível decidirmos sobre a qualificação da criança.

Informações sobre seu filho/sua filha

Sexo atribuído ao nascer

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Qual a melhor descrição para a atual identidade de gênero da criança?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Homem transgênero/Homem trans
- ☐ Mulher transgênero/mulher trans
- ☐ Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino
- ☐ A identidade de gênero não está na lista Favor especificar _____
- ☐ Não sei
- ☐ Prefiro não responder

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio

4 últimos dígitos do número do Seguro Social	ID do MassHealth Medicaid	Data de nascimento da criança (mm/dd/yyyy)

Endereço residencial, Apto. No.	Cidade	Estado	Código postal

Telefone residencial	Celular

A criança tem requerimento pendente no Seguro Social? ☐ sim ☐ não

A criança recebe Seguro Social? ☐ sim ☐ não

A criança recebe MassHealth? ☐ sim ☐ não

Informações sobre a família/tutores de seu filho/sua filha

Pai/mãe/tutor primário: Sobrenome, nome, inicial do nome do meio	Telefone diurno

E-mail do pai/mãe/tutor primário

Endereço residencial, Apto. No.	Cidade	Estado	Código postal

Você fala inglês? ☐ sim ☐ não | Você entende inglês?? ☐ sim ☐ não

Você sabe ler em inglês? ☐ sim ☐ não | Você sabe escrever em inglês? ☐ sim ☐ não

Qual é o idioma de sua preferência?

Você sabe ler no seu idioma de preferência? ☐ sim ☐ não | Você sabe escrever no seu idioma de preferência? ☐ sim ☐ não

Sua família recebe MassHealth atualmente? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, por meio de qual programa?

- ☐ MassHealth
- ☐ Renda Suplementar de Segurança (SSI)
- ☐ Ajuda Transicional às Famílias com Crianças Dependentes (TAFDC)
- ☐ Outros (especifique) _____

A criança mora com os dois pais/tutores? ☐ sim ☐ não

Se **não**, com qual dos pais/tutor a criança mora?

Nome: _____

PARTE 1 Problemas de saúde e provedores de serviços médicos de seu filho/sua filha

Descreva a deficiência da criança e quando ela começou a ser um problema.

O nível de desenvolvimento (funcional) da criança é adequado para a idade? ☐ sim ☐ não

Se **não**, qual é a idade de desenvolvimento? _____

A deficiência da criança é resultado de um acidente? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, explique brevemente.

A criança recebeu algum atendimento de saúde no último ano? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, inclua o provedor de cuidados primários da criança e todos os provedor de serviços médicos e de saúde mental que trataram os problemas da criança, desde que começaram. Um provedor de serviços médicos ou de saúde mental pode incluir um médico, psicólogo, terapeuta, assistente social, fisioterapeuta, quiroprático, hospital, centro de saúde ou clínica na qual a criança recebeu tratamento. Você pode escrever em uma folha de papel separada se ficar sem espaço. Se a criança estiver recebendo tratamento em apenas uma instalação, relacione apenas essa instalação.

Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental	
Número de telefone	Data da consulta mais recente
Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental	
Número de telefone	Data da consulta mais recente
Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental	
Número de telefone	Data da consulta mais recente
Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental	
Número de telefone	Data da consulta mais recente
Nome do provedor de serviços médicos ou de saúde mental	
Número de telefone	Data da consulta mais recente

Preencha um Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas para cada provedor de serviços médicos ou de saúde mental que consta na lista. Lembre-se de assinar e datar cada formulário. Os formulários de divulgação encontram-se no final deste pacote. Se precisar de mais cópias do Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para o Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 ou acesse mass.gov/lists/masshealth-member-forms para baixar o formulário.

PARTE 2 Provedores de serviços educacionais e outros de seu filho/sua filha

A criança está inscrita no Programa de Intervenção Precoce do Departamento de Saúde Pública? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, informe o nome do programa. _____

Envie uma cópia desses registros, junto ao suplemento.

A criança está frequentando uma escola? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, informe o nome da escola _____

Existe algum Programa de Educação Individualizada (IEP) ou Plano 504 para sua criança? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, precisamos receber uma cópia do IEP ou Plano 504 mais recente junto a este suplemento.

Se você precisar que o MassHealth solicite uma cópia, preencha o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas.

Identifique as agências que estão fornecendo serviços para a criança. Informe a pessoa de contato e o endereço da agência.

☐ Comissão de Massachusetts para Cegos (Massachusetts Commission for the Blind)

Nome da pessoa de contato e número de telefone

Endereço

☐ Gestão de Casos Comunitários

Nome da pessoa de contato e número de telefone

Endereço

☐ Outras

Nome da pessoa de contato e número de telefone

Endereço

PARTE 3 Atividades diárias de seu filho/sua filha

Para indicar o nível funcional da criança, marque uma das colunas para cada atividade

Andar	☐ Independente	☐ Com assistência	☐ Não é capaz
Engatinhar	☐ Independente	☐ Com assistência	☐ Não é capaz
Sentar-se	☐ Independente	☐ Com assistência	☐ Não é capaz
Virar	☐ Independente	☐ Com assistência	☐ Não é capaz
Banhar-se	☐ Independente	☐ Com assistência	☐ Não é capaz
Vestir-se	☐ Independente	☐ Com assistência	☐ Não é capaz

Visão	☐ Boa	☐ Regular	☐ Fraca	☐ Nenhuma
Audição	☐ Boa	☐ Regular	☐ Fraca	☐ Nenhuma
Fala	☐ Boa	☐ Regular	☐ Fraca	☐ Nenhuma

Controle da micção ☐ sim ☐ não ☐ Outros (como cateter, colostomia)

_____

Controle da evacuação ☐ sim ☐ não ☐ Outros (como cateter, colostomia)

_____

Indique como a criança é alimentada

☐ Oral

☐ Sonda de gastrostomia ou ☐ sonda de jejunostomia (marque um)

☐ Sonda nasogástrica

☐ Nutrição parenteral (por via intravenosa)

PARTE 4 Condição médica de seu filho/sua filha

Respiratória

A criança precisa de algum dos seguintes auxílios? ☐ sim ☐ não

☐ Ventilador: Número de horas por dia

☐ CPAP/BIPAP: Número de horas por dia

☐ Oxigênio: Número de horas por dia | Fluxo de litros

☐ Umidificação: Número de horas por dia | Fluxo de litros

☐ Fisioterapia torácica: Vezes por dia

Atendimento domiciliar

A criança recebe cuidados de enfermagem com qualificação em casa? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, quantas horas por semana? _____

Descreva os cuidados

Terapia especializada

A criança recebe terapia especializada? ☐ sim ☐ não

Se **sim**, informe o tipo, local, e agência provedora dos serviços.

☐ Fala: Número de consultas por semana, na escola | Número de consultas por semana, fora da escola

Agência provedora

☐ Físico: Número de consultas por semana, na escola | Número de consultas por semana, fora da escola

Agência provedora

☐ Respiratório: Número de consultas por semana, na escola | Número de consultas por semana, fora da escola

Agência provedora

☐ Ocupacional: Número de consultas por semana, na escola | Número de consultas por semana, fora da escola

Agência provedora

☐ Outros | Número de consultas por semana, na escola | Número de consultas por semana, fora da escola

Agência provedora

Medicamentos

Forneça as seguintes informações sobre todos os medicamentos que a criança toma regularmente.

Medicamento	Dosagem	Frequência
Medicamento	Dosagem	Frequência
Medicamento	Dosagem	Frequência
Medicamento	Dosagem	Frequência
Medicamento	Dosagem	Frequência

Equipamentos e suprimentos

Informe se a criança precisa de algum dos seguintes itens.

☐ Monitor de apneia	☐ Fórmula	☐ Sondas nasogástrica	☐ Máquina de sucção
☐ Aparelho ortodôntico	☐ Tubos de gastrostomia	☐ Nebulizador	☐ Tubos de traqueostomia
☐ Monitor cardíaco	☐ Cama hospitalar	☐ Compressor de oxigênio	☐ Ventilador
☐ Diálise	☐ Bomba de infusão intravenosa	☐ Cilindros de oxigênio	☐ Andador
☐ Bolsas/tubos de alimentação	☐ Tubos de infusão intravenosa	☐ Suporte para pronação	☐ Cadeira de rodas
☐ Bomba de alimentação/suporte	☐ Fluidos intravenosos	☐ Talas	

☐ Outros (faça uma lista) _____

PARTE 5 Outras informações

Inclua outras informações sobre os cuidados da criança cujo conhecimento pode útil ao considerarmos sua solicitação de MassHealth para a criança.

PARTE 6 Sua assinatura e seus direitos

É OBRIGATÓRIO PREENCHER ESTA SEÇÃO.

Seu filho/sua filha tem direito à privacidade. As informações contidas neste formulário são confidenciais. Serão tomadas todas as precauções para garantir os direitos de privacidade da criança.

Seção para pai/mãe/tutor

Entendo que as informações contidas neste suplemento serão revisadas pela equipe do MassHealth e seus agentes com o objetivo de determinar a qualificação de meu filho/minha filha para benefícios médicos.

Ao assinar este requerimento abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que as informações e declarações que fiz neste requerimento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba., e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades dos programas do MassHealth e do Health Connector.

Assinatura do pai/mãe/tutor _____

Nome em letra de fôrma _____ Data ____ /____ /_____

Seção de informações sobre o representante autorizado

Importante: se este formulário estiver sendo preenchido por uma pessoa que não seja um dos pais ou tutor, que tem autoridade legal para agir em nome da criança, essa pessoa deve assinar abaixo e anexar a documentação legal correspondente e completa (p. ex., um formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD), ou formulário de tutela).

Ao assinar este requerimento abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que as informações e declarações que fiz neste requerimento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba., e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades dos programas do MassHealth e do Health Connector.

Assinatura do representante autorizado _____

Nome em letra de fôrma _____ Data ____ /____ /_____

Para solicitar um formulário ARD, ligue para o Centro de Atendimento ao Cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900 (TDD/TTY: 711. Você também pode baixar o formulário online em mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download.

O DES pode enviar cópias de avisos ao representante de qualificação. Sua assinatura não autoriza o DES a receber seus registros médicos. Preencha e assine o formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas em anexo.

LEMBRETE

Você se lembrou de:

- Completar todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas para
  - cada provedor de serviços médicos mencionado na Part 1?
  - cada provedor de serviços de saúde mental mencionado na Part 1?
  - o Programa de Educação Individualizada (IEP, IFSP ou EI) da criança?
- Assinar todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas?
- Assinar o Suplemento de Deficiência acima?
- Incluir um Formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD) preenchido e assinado, ou documentos que comprovem a tutela, se necessário?
- Ligar para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420 se precisar de ajuda neste formulário?

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal		Número de telefone

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- ☐ Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- ☐ Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- ☐ Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.
Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal _____ Data _____

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente. _____

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal		Número de telefone

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- ☐ Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- ☐ Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- ☐ Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.
Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal _____ Data _____

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente. _____

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal		Número de telefone

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- ☐ Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- ☐ Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- ☐ Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.
Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal _____ Data _____

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente. _____

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal		Número de telefone

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- ☐ Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- ☐ Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- ☐ Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.
Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal _____ Data _____

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente. _____

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal		Número de telefone

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- ☐ Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- ☐ Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- ☐ Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.
Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal _____ Data _____

Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente. _____

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.