

Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật Trẻ Em Của MassHealth



Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Hướng Dẫn Hoàn Thành Phần Bổ Sung

Quý vị đã khai trên đơn xin MassHealth rằng con 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 con quý vị nhận MassHealth dựa trên tình trạng khuyết tật của trẻ, quý vị cần cho chúng tôi biết về

- nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần của con quý vị. Những nhà cung cấp 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 con quý vị đã nhận được hoặc đang được điều trị; và
- các hoạt động hàng ngày của con quý vị và trình độ giáo dục của con 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 con quý vị từ các nhà cung cấp mà quý vị đã liệt kê. Nếu quý vị có bất kỳ điều nào sau đây, vui lòng gửi một bản sao kèm theo mẫu đơn này: hồ sơ y tế của con quý vị, Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân (IFSP), Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (IEP), xét nghiệm hoặc các hồ sơ khác mô tả tình trạng của con quý vị. Nếu cần thêm thông tin hoặc xét nghiệm, một thành viên của DES sẽ liên lạc với quý vị. Tính đủ điều kiện của con quý vị sẽ được quyết 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 con quý vị có bị khuyết tật hay không.

Thông tin về con của quý vị

Nam Nữ

Họ Tên Viết tắt tên đệm		Số an sinh xã hội	
Địa chỉ đường phố		Số chung cư #	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)
Số điện thoại nhà	Số di động	Số cơ quan/số điện thoại khác	
Con của quý vị có đơn xin đang chờ Cơ Quan An sinh Xã hội xét duyệt không? <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không			
Con của quý vị có nhận được An sinh Xã hội không? <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không			
Con của quý vị có nhận MassHealth không? <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không			

Thông tin về Gia đình Quý vị

Mẹ: Họ Tên Tên đệm viết tắt	Số Điện thoại Ban ngày	
Cha: Họ Tên Tên đệm viết tắt	Số Điện thoại Ban ngày	
Địa chỉ	Số căn hộ #	
Thành phố	Bang	Mã ZIP

Gia đình quý vị hiện có nhận MassHealth không? có không

Nếu **có**, theo chương trình nào? Thu nhập An sinh Bổ sung MassHealth (SSI)

Trợ Cấp Cho Gia đình có Con cái Phụ thuộc (TAFDC) Khác (vui lòng nêu rõ) _____

Đứa trẻ có sống với cả cha và mẹ không? có không

Nếu **không**, phụ huynh nào không sống với trẻ mẹ cha

Địa chỉ của ông/bà ấy là gì? _____

PHẦN 1 Các vấn đề sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ y tế của con quý vị

Vui lòng mô tả tình trạng khuyết tật của con quý vị và khi lần đầu tiên trở thành một vấn đề.

Mức độ phát triển (chức năng) của con quý vị có phù hợp với lứa tuổi không? có không

Nếu **không**, độ tuổi phát triển là bao nhiêu? _____

Tình trạng khuyết tật của con quý vị có phải là kết quả của một tai nạn không? có không

Nếu **có**, vui lòng giải thích.

Con quý vị có nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc y tế nào trong năm qua không? có không

Nếu **có**, vui lòng bao gồm bác sĩ chăm sóc chính của trẻ và tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần đã điều trị cho bất kỳ vấn đề nào của con quý vị kể từ khi các vấn đề 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 con quý vị được điều trị. Quý vị có thể viết tiếp trên một tờ giấy khác nếu quý vị hết chỗ trống. Nếu con quý vị chỉ nhận điều trị tại duy nhất một cơ sở, hãy chỉ liệt kê cơ sở đó.

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần của quý vị	Điện thoại	Ngày khám gần đây nhất

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 tháng ngày năm vào từng mẫu đơn. Các biểu mẫu cho phép tiết lộ thông tin nằm ở cuối tập tài liệu này. Nếu quý vị cần thêm bản sao của Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, hãy gọi Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng của MassHealth theo số (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 cho người điếc, khiếm thính, hoặc khuyết tật nói) hoặc tải xuống mẫu đơn tại www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms.

Phần 1. Các vấn đề sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ y tế của con quý vị (tiếp theo)

Con của quý vị có lịch khám tại bệnh viện trong vòng 12 tháng tới không? có không

Nếu **có**, vui lòng hoàn thành các mục sau.

Nơi khám	Vào lúc	Tại sao

PHẦN 2 Giáo dục và các nhà cung cấp dịch vụ khác của con quý vị

Con quý vị hiện có đang tham gia Chương trình Can thiệp Sớm của Sở Y tế Công cộng không? có không

Nếu **có**, điền tên chương trình _____

Con của quý vị có đi học không? có không

Nếu **có**, điền tên trường _____

Nếu **không**, con của quý vị có nhận được các dịch vụ tại nhà thông qua hệ thống trường học không? có không

Nếu **có**, vui lòng giải thích. _____

Có Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (IEP) cho con quý vị không? có không

Nếu **có**, chúng tôi cần một bản sao của IEP gần đây nhất kèm theo phần bổ sung này. Tôi sẽ gửi một bản sao.

Tôi sẽ hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth để MassHealth có thể yêu cầu một bản sao.

Vui lòng xác định các cơ quan hiện đang cung cấp dịch vụ cho con quý vị. Vui lòng cung cấp thông tin liên lạc và địa chỉ cơ quan.

Tên cơ quan	Người liên hệ & số điện thoại	Địa chỉ
Sở Dịch vụ Gia đình và Trẻ em	Tên Điện thoại	
Sở Dịch vụ Phát triển	Tên Điện thoại	
Sở Giáo dục	Tên Điện thoại	
Sở Sức khỏe Tâm thần	Tên Điện thoại	
Sở Y tế Công Massachusetts	Tên Điện thoại	
Ủy ban Người mù Massachusetts	Tên Điện thoại	
Quản Lý Hồ Sơ Cộng Đồng	Tên Điện thoại	
Khác	Tên Điện thoại	

PHẦN 3 Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của con quý vị

Vận động và vệ sinh chung: Vui lòng cho biết mức độ chức năng của con quý vị bằng cách đánh dấu vào một trong các cột cho mỗi hoạt động.

Hoạt động	Độc lập	Với sự hỗ trợ	Không thể
Đi dạo			
Bò trường			
Ngồi dậy			
Quay người			
Tắm gội			
Thay quần áo			

Thị giác, thính giác và lời nói: Vui lòng cho biết mức độ chức năng của con quý vị.

Hoạt động	Giỏi	Khá	Kém	Không có
Tầm nhìn				
Thính giác				
Lời nói				

Đi vệ sinh: Vui lòng cho biết mức độ chức năng của con quý vị.

Chức năng	Có	Không	Khác (chẳng hạn như ống dẫn nước tiểu, phẫu thuật mở thông ruột già)
Kiểm soát bàng quang			
Kiểm soát đường ruột			

Cho ăn: Vui lòng cho biết con quý vị được cho ăn như thế nào và lưu ý mức độ thường xuyên và trong bao lâu.

Chức năng	Lần cho ăn mỗi ngày	Số phút mỗi lần cho ăn
Đường miệng		
Ống thông dạ dày hoặc ống thông tá tràng (khoanh tròn chọn một)		
Ống thông dạ dày qua mũi		

Con của quý vị có cần bất kỳ chế độ ăn uống hoặc sữa công thức đặc biệt nào không? có không

Nếu **CÓ**, vui lòng giải thích.

Con của quý vị có nhận được dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa (tiêm tĩnh mạch) không? có không

Nếu **CÓ**, vui lòng mô tả các giải pháp và tần suất _____

PHẦN 4 Tình trạng y tế của con quý vị

Hô hấp: Con quý vị có cần bất kỳ công cụ hỗ trợ nào sau đây không?

Viện trợ	Có	Không	
Đồ Hút nước mũi - Bóp bằng tay			Tần Suất
Máy hút - bằng máy			Tần Suất
Ôxy			Số giờ mỗi ngày Lưu lượng oxy từ máy bơm vô người
Cấp ẩm			Số giờ mỗi ngày Lưu lượng oxy từ máy bơm vô người
Vật lý trị liệu ngực			3 lần một ngày

Phần 4. Tình trạng y tế của con quý vị (tiếp theo)

Chăm sóc điều dưỡng tại nhà: Con của quý vị có nhận được dịch vụ chăm sóc điều dưỡng có chuyên môn tại nhà không? có không

Nếu **có**, bao nhiêu giờ một tuần? _____

Xin vui lòng giải thích sự chăm sóc _____

Dịch vụ chăm sóc của con quý vị được cung cấp như thế nào? bởi một cơ quan y tế tại nhà bởi một nhà cung cấp y tá độc lập

Xin ghi nhận loại y tá chăm sóc đã đăng ký (RN) được cấp phép thực hành y tá (LPN) trợ lý y tế người chăm tại nhà

Có bất kỳ dịch vụ điều dưỡng bổ sung nào mà quý vị cảm thấy sẽ có lợi cho con quý vị không? có không

Nếu **có**, vui lòng mô tả.

Trị liệu

Con của quý vị có nhận được dịch vụ chăm sóc điều dưỡng có chuyên môn tại nhà không? có không

Nếu **có**, vui lòng cho biết loại, địa điểm và cơ quan cung cấp dịch vụ.

Loại trị liệu	Số lần thăm khám mỗi tuần tại nhà	Số lần thăm khám mỗi tuần tại trường	Cơ quan cung cấp
Lời nói			
Thể chất			
Hệ hô hấp			
Cơ năng			
Khác _____			

Thuốc: Vui lòng cung cấp các thông tin sau đây cho tất cả các loại thuốc mà con quý vị sử dụng thường xuyên.

Thuốc	Liều lượng	Tần Suất	Thuốc	Liều lượng	Tần Suất

Thiết bị và vật dụng: Vui lòng cho biết con quý vị có cần bất kỳ vật dụng nào sau đây hay không.

<input type="checkbox"/> Máy thở	<input type="checkbox"/> Máy theo dõi ngưng nhịp thở	<input type="checkbox"/> Khung đứng nghiêng	<input type="checkbox"/> Giày chỉnh hình	<input type="checkbox"/> Ống thông dạ dày qua mũi
<input type="checkbox"/> Máy phát điện	<input type="checkbox"/> Máy theo dõi nhịp tim	<input type="checkbox"/> Máy bơm/cột bơm thức ăn vào dạ dày	<input type="checkbox"/> Giày nâng chiều cao	<input type="checkbox"/> Ống tiêm
<input type="checkbox"/> Bóng bóp cấp cứu	<input type="checkbox"/> Máy thở khí dung	<input type="checkbox"/> Thiết bị hỗ trợ đi bộ y tế	<input type="checkbox"/> Ống thông khí quản	<input type="checkbox"/> Công thức
<input type="checkbox"/> Máy hút	<input type="checkbox"/> Máy bơm truyền dịch	<input type="checkbox"/> Áo giữ nhiệt	<input type="checkbox"/> Ống thông dạ dày	<input type="checkbox"/> Dịch tĩnh mạch
<input type="checkbox"/> Máy nén khí oxy	<input type="checkbox"/> Xe lăn	<input type="checkbox"/> Niềng	<input type="checkbox"/> Túi/ống thông dạ dày	<input type="checkbox"/> Lọc máu
<input type="checkbox"/> Bình oxy	<input type="checkbox"/> Giường y tế	<input type="checkbox"/> Nẹp	<input type="checkbox"/> Ống truyền dịch	
<input type="checkbox"/> Khác (vui lòng liệt kê) _____				

PHẦN 5 Thông tin khác

Vui lòng bao gồm bất kỳ thông tin nào khác về dịch vụ chăm sóc của con quý vị sẽ hữu ích để biết khi xem xét các yêu cầu về MassHealth cho con quý vị.

PHẦN 6 Chữ ký và quyền

PHẦN NÀY PHẢI ĐƯỢC HOÀN THÀNH.

Con 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 con quý vị.

Phần Cha Mẹ/Người Giám Hộ

Tôi hiểu rằng thông tin trong phần bổ sung này sẽ được nhân viên MassHealth và các đại diện của MassHealth xem xét nhằm mục đích xác định tính đủ điều kiện nhận trợ cấp y tế của con tôi.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ _____ Tháng/ngày/năm _____

Phần Thông Tin Đại Diện Được Ủy Quyền

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 cho con quý vị.

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).

Nếu đơn này được điền bởi một người không phải là cha mẹ hoặc người giám hộ có thẩm quyền hợp pháp để thay mặt cho đứa trẻ (chẳng hạn như người đại diện được ủy quyền), quý vị phải điền và gửi ARD và 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 trẻ: _____

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.

NHẮC NHỞ

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 được liệt kê trên trang 2?
 - mỗi nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần được liệt kê trên trang 2?
 - kế hoạch Giáo dục Cá nhân của con quý vị (nếu không được cung cấp phần bổ sung này và quý vị không thể gửi cho chúng tôi bản sao)?
- ký tên vào tất cả Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ?
- ký tên vào Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật này ở trên?
- đính kèm Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) đã hoàn thành và có chữ ký nếu cần?



GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

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

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

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

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** cho mỗi bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L.c.112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, **tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (DES) để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn / Thành Viên MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Số điện thoại ()	

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
Địa chỉ
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

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

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

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn. Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

Chữ ký của Người nộp đơn/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

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

Ngày

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

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

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

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

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

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** cho mỗi bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L.c.112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, **tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (DES) để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn / Thành Viên MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Số điện thoại ()	

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
Địa chỉ
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

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

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

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn. Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

Chữ ký của Người nộp đơn/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

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

Ngày

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

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

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

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

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

- 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.
- 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.
- Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
- 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.
- Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L.c.112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, **tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (DES) để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn / Thành Viên MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Số điện thoại ()	

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
Địa chỉ
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

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

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

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn. Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

Chữ ký của Người nộp đơn/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

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

Ngày

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

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

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

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

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

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** cho mỗi bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L.c.112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, **tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (DES) để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn / Thành Viên MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Số điện thoại ()	

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
Địa chỉ
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

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

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

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn. Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

Chữ ký của Người nộp đơn/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

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

Ngày

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

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.



GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Đây là giấy tiết lộ duy nhất được Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth chấp nhận

NGƯỜI NỘP ĐƠN:

Nếu quý vị không điền đầy đủ Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) sẽ không thể đưa ra quyết định về khuyết tật cho quý vị. Quý vị có thể bị mất hoặc giảm phúc lợi MassHealth.

Hướng dẫn

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth giúp chúng tôi có được thông tin sức khỏe nhạy cảm từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật MassHealth (DES) có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

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

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

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

1. **Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth** cho mỗi bác sĩ, bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị liệt kê trong Phần 2 của Phần Bổ Sung cho Người Khuyết Tật.
2. Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth **phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc**. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Không được phép điền và ký các biểu mẫu bằng bút chì.
3. Chỉ có một chữ ký có thể xuất hiện trên một dòng.
4. Nếu mẫu đơn này dành cho trẻ em dưới 18 tuổi, một phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp phải ký thay cho trẻ.
5. Người giám hộ hợp pháp phải đính kèm bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn/thành viên.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth, hãy gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420.

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Yêu cầu cung cấp thông tin sức khỏe được bảo vệ này hỗ trợ cho đơn xin phúc lợi công cộng của cá nhân này. Theo M.G.L.c.112 § 12CC, không được tính phí cho việc cung cấp hồ sơ được yêu cầu. Theo quy chế, các hồ sơ phải được cấp trong vòng 30 ngày.

Bằng cách điền và ký vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ này, **tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật của MassHealth (DES)**. Biểu mẫu này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với MassHealth (DES) để xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ dành cho người khuyết tật.

- Tôi hiểu rằng một số thông tin được sử dụng hoặc chia sẻ thông qua giấy cho phép này có thể được DES chia sẻ lại. Nếu vậy, các thông tin này có thể không được bảo vệ tính bảo mật theo luật liên bang hoặc tiểu bang.
- Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt đối với thông tin nhạy cảm. Thông tin sức khỏe này bao gồm hồ sơ về nhiễm HIV, AIDS, xét nghiệm di truyền và các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần. Thông tin sức khỏe này được bảo vệ theo luật tiểu bang và liên bang và không thể được chia sẻ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được luật pháp cho phép. 42 CFR phần 2 không cho phép một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện chia sẻ thông tin sức khỏe mà nó tạo ra, nhận hoặc thu thập về tôi mà không có sự cho phép của tôi.

PHẦN 1: Thông Tin Người Nộp Đơn / Thành Viên MassHealth

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Số điện thoại ()	

PHẦN 2: Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
Địa chỉ
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip
Số điện thoại ()

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

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

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

Giấy cho phép này có hiệu lực từ 12 tháng trước ngày ký cho đến khi hết hạn. Giấy cho phép này hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.

Chữ ký của Người nộp đơn/Thành viên hoặc Người đại diện hợp pháp

Ngày

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

Ngày

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

Ngoại trừ hành động đã được thực hiện dựa trên giấy cho phép này, hoặc trong khoảng thời gian có thể tranh cãi theo luật hiện hành, tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Giấy cho phép này hết hạn sau một (1) năm kể từ ngày ký.