# 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. Để đảm bảo tính đủ điều kiện MassHealth của con quý vị, Dịch Vụ Đánh Giá Khuyết Tật (DES) sẽ xem xét Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật của con quý vị. Quan trọng là quý vị phải hoàn thành đầy đủ Phần Bổ Sung Về 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 y tế và 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, 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 đầy đủ Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật sẽ cung cấp cho chúng tôi thông tin cần thiết để 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 tháng ngày năm 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 (DES)
PO Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

DES sẽ hỏi các nhà cung cấp mà quý vị đã liệt kê để biết hồ sơ y tế và điều trị của con quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ tài liệu 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), Hồ sơ Can thiệp Sớm (EI), Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (IEP), Kế hoạch 504, 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. Điền đầy đủ thông tin bổ sung này sẽ đẩy nhanh quá trình xác định tính đủ điều kiện của con quý vị.

Đây không phải là đơn xin phúc lợi y tế. Nếu quý vị chưa hoàn thành đơn xin cho con quý vị, quý vị phải điền thêm một tờ đơn khác ngoài mẫu đơn này. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về cách nộp đơn, vui lòng gọi Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Nếu cần trợ giúp về mẫu đơn này, quý vị có thể gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420. Điền vào tất cả các phần trên mẫu đơn này. Nếu quý vị không điền hết các phần, chúng tôi không thể đưa ra quyết định về tình trạng khuyết tật của con quý vị.

### Thông tin về con quý vị

Giới tính được chỉ định khi sinh

Nam

Nữ

Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của con quý vị?

Nam

Nữ

Người chuyển giới nam

Người chuyển giới nữ

Giới tính queer/phi nhị nguyên giới/giới tính không thuộc nhóm nam hay nữ

Bản dạng giới không được liệt kê Vui lòng nêu rõ

Không biết

Chọn không trả lời

Họ, Tên, Tên đệm viết tắt

4 chữ số cuối của số An sinh Xã hội

ID MassHealth Medicaid

Ngày sinh của trẻ (Tháng/Ngày/Năm)

Địa chỉ Số căn hộ #

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Điện thoại nhà

Điện thoại di động

Con của quý vị có đơn xin đang chờ Cơ Quan An sinh Xã hội xét duyệt không? có không

Con của quý vị có nhận được An sinh Xã hội không? có không

Con của quý vị có nhận MassHealth không? có không

### Thông tin về gia đình/người giám hộ của con quý vị

Cha mẹ/người giám hộ chính: Họ, Tên, Tên đệm viết tắt

Điện thoại ban ngày

Địa chỉ email của cha mẹ/người giám hộ chính

Địa chỉ

Số căn hộ #

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Quý vị có nói tiếng Anh không? có không

Quý vị có hiểu tiếng Anh không? có không

Quý vị có đọc được tiếng Anh không? có không

Quý vị có viết được tiếng Anh không? có không

Ngôn ngữ quý vị muốn sử dụng là gì?

Quý vị có thể đọc bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? có không

Quý vị có thể viết bằng ngôn ngữ quý vị muốn không? có không

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

Nếu có, theo chương trình nào?

MassHealth

Tiền Phụ Cấp An Sinh (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/người giám hộ không? có không

Nếu không, cha mẹ/người giám hộ nào không sống với đứa trẻ?

Tên:

## 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 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 hoặc 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 hoặc sức khỏe tâm thần

Số điện thoại

Ngày khám gần đây nhất

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Số điện thoại

Ngày khám gần đây nhất

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Số điện thoại

Ngày khám gần đây nhất

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Số điện thoại

Ngày khám gần đây nhất

Tên nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc sức khỏe tâm thần

Số 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 mẫu đơn 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, TDD/TTY: 711 hoặc tải xuống mẫu đơn tại mass.gov/lists/masshealth-member-forms.

## PHẦN 2

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

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.

Vui lòng gửi bản sao của các hồ sơ này kèm theo phần bổ sung này.

Con của quý vị có đi học không? có không

Nếu có, điền tên trường

Có Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (IEP) hoặc Kế hoạch 504 cho con quý vị không? có không

Nếu có, chúng tôi cần một bản sao của Kế hoạch IEP hoặc 504 gần đây nhất kèm theo phần bổ sung này.

Nếu quý vị cần MassHealth để yêu cầu một bản sao, hãy hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ Của MassHealth.

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.

Ủy ban Người mù Massachusetts

Tên người liên hệ và số điện thoại

Địa chỉ

Quản Lý Hồ Sơ Cộng Đồng

Tên người liên hệ và số điện thoại

Địa chỉ

Khác

Tên người liên hệ và số điện thoại

Địa chỉ

## PHẦN 3

## Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của con quý vị

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

Đi lại

Tự chủ

Với sự hỗ trợ

Không thể

Bò trườn

Tự chủ

Với sự hỗ trợ

Không thể

Ngồi dậy

Tự chủ

Với sự hỗ trợ

Không thể

Quay người

Tự chủ

Với sự hỗ trợ

Không thể

Tắm gội

Tự chủ

Với sự hỗ trợ

Không thể

Thay quần áo

Tự chủ

Với sự hỗ trợ

Không thể

Thị giác

Tốt

Khá

Kém

Không có

Thính giác

Tốt

Khá

Kém

Không có

Khả năng nói

Tốt

Khá

Kém

Không có

Khả năng kiểm soát tiểu tiện có không

Khác (chẳng hạn như ống dẫn nước tiểu, phẫu thuật mở thông ruột già)

Khả năng kiểm soát đại tiện có không

Khác (chẳng hạn như ống dẫn nước tiểu, phẫu thuật mở thông ruột già)

Vui lòng cho biết con quý vị được cho ăn như thế nào.

Đường miệng

Ống thông dạ dày hoặc hoặc ống thông tá tràng (chọn một)

Ống thông dạ dày qua mũi

Dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa (tiêm tĩnh mạch)

## PHẦN 4

## Tình trạng y tế của con quý vị

Hô hấp

Con quý vị có cần bất kỳ hỗ trợ nào sau đây không? có không

Máy thở: Số giờ mỗi ngày

Máy CPAP/BIPAP: Số giờ mỗi ngày

Oxy: Số giờ mỗi ngày: Lưu lượng

Hỗ trợ tạo ẩm: Số giờ mỗi ngày Lưu lượng

Vật lý trị liệu ngực: Số lần mỗi ngày

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?

Vui lòng mô tả sự chăm sóc

Liệu pháp có chuyên môn

Con của quý vị có nhận liệu pháp có chuyên môn không? có không

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

Âm ngữ trị liệu: Số lần thăm khám mỗi tuần tại trường

Số lần thăm khám mỗi tuần ngoài trường học

Cơ quan cung cấp

Vật lý trị liệu: Số lần thăm khám mỗi tuần tại trường

Số lần thăm khám mỗi tuần ngoài trường học

Cơ quan cung cấp

Trị liệu hô hấp: Số lần thăm khám mỗi tuần tại trường

Số lần thăm khám mỗi tuần ngoài trường học

Cơ quan cung cấp

Trị liệu nghề nghiệp: Số lần thăm khám mỗi tuần tại trường

Số lần thăm khám mỗi tuần ngoài trường học

Cơ quan cung cấp

Khác: Số lần thăm khám mỗi tuần tại trường

Số lần thăm khám mỗi tuần ngoài trường học

Cơ quan cung cấp

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

Thuốc Liều lượng Tần suất

Thuốc Liều lượng Tần suất

Thuốc Liều lượng Tần suất

Thiết bị và vật tư

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

Máy theo dõi ngưng nhịp thở

Niềng

Máy theo dõi nhịp tim

Lọc máu

Túi/ống thông dạ dày

Máy bơm/cột bơm thức ăn vào dạ dày

Sữa công thức

Ống thông dạ dày

Giường y tế

Máy bơm truyền dịch

Ống truyền dịch

Truyền dịch tĩnh mạch

Ống thông dạ dày qua mũi

Máy thở khí dung

Máy nén khí oxy

Bình oxy

Khung tập đứng

Nẹp

Máy hút

Ống thông khí quản

Máy thở

Dụng cụ hỗ trợ tập đi

Xe lăn

Khác (vui lòng liệt kê)

## PHẦN 5

## Các 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 của quý vị

#### 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.

Bằng cách ký tên vào đơn xin dưới đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những nội dung tôi gửi và tuyên bố trong đơn đăng ký này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết của tôi, đồng thời tôi đồng ý chấp nhận và tuân thủ các quyền và trách nhiệm ở trên của các chương trình MassHealth và Health Connector.

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ

Tên bằng chữ in

Ngày

#### Phần Thông Tin Đại Diện Được Ủy Quyền

**Quan trọng:** 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, cá nhân đó phải ký tên dưới đây và đính kèm các giấy tờ pháp lý đã hoàn thành tương ứng (ví dụ: Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) hoặc mẫu đơn giám hộ).

Bằng cách ký tên vào đơn xin dưới đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những nội dung tôi gửi và tuyên bố trong đơn đăng ký này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết của tôi, đồng thời tôi đồng ý chấp nhận và tuân thủ các quyền và trách nhiệm ở trên của các chương trình MassHealth và Health Connector.

Chữ ký của người đại diện được ủy quyền

Tên bằng chữ in

Ngày

Để yêu cầu mẫu đơn ARD, hãy gọi Trung tâm Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Quý vị cũng có thể tải xuống mẫu đơn trực tuyến tại mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download.

DES có thể gửi bản sao thông báo cho người đại diện được ủy quyền. Chữ ký của quý vị không cho phép DES nhận hồ sơ y tế của quý vị. Vui lòng hoàn thành và ký tên vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ đính kèm.

#### 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 trong phần 1?
	+ mỗi nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần được liệt kê trong phần 1?
	+ Kế hoạch Giáo dục Cá nhân của con quý vị (IEP, IFSP hoặc EI)?
* Ký tên vào tất cả Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ?
* Ký tên vào Phần Bổ Sung Về Khuyết Tật này ở trên?
* Bao gồm Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) đã hoàn thành và có chữ ký hoặc các tài liệu cung cấp quyền giám hộ, nếu cần?
* Gọi cho đại diện của DES theo số (800) 888-3420 nếu quý vị cần trợ giúp về mẫu đơn này?

# 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 (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 từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để DES có thể đưa ra quyết định về khuyết tật.

**Vui lòng đọc kỹ hướng dẫn trước khi bắt đầu.** Nếu quý vị để trống bất kỳ phần nào của mẫu đơn này hoặc không điền vào mẫu đơn đúng cách, sự cho phép sẽ không hợp lệ. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không thể chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị với DES.

* Ký tên và ghi ngày vào Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, một tờ **riêng** 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 Bổ Sung Về Khuyết Tật.
* Tất cả các Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ phải được điền bằng mực đen hoặc xanh dương và phải là bản gốc. Không được phép điền và ký các mẫu đơn bằng bút chì. Không được phép dùng bản sao hoặc đóng dấu chữ ký. Chữ ký điện tử được chấp nhận.
* Mỗi dòng chỉ có thể có một chữ ký.
* Chấp nhận giấy cho phép gửi qua email, fax và gửi qua đường bưu điện với chữ ký hợp lệ.
* 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 mẫu đơn chứng nhận họ có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ, 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 (DES). Mẫu đơn này sẽ cho phép các bác sĩ của tôi chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi với 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 chia sẻ lại. Nếu được chia sẻ lại, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang hoặc tiểu bang.
* Tôi cũng hiểu rằng một số thông tin sức khỏe nhạy cảm nhất định có các biện pháp bảo vệ đặc biệt. Thông tin sức khỏe nhạy cảm 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 nhạy cảm 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 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

Tên bác sĩ, trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác

Địa chỉ Tầng # Suite #

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip, Số điện thoại

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

Vui lòng chọn CÓ để chỉ định sự cho phép của quý vị trong việc tiết lộ các thông tin sau nếu có trong hồ sơ của quý vị.

Có Thông tin sức khỏe tâm lý hoặc tâm thần

Có Thông tin về HIV, AIDS, bệnh lây truyền qua đường tình dục

Có Xét nghiệm di truyền. Xem M.G.L. c. 111 § 70G

Có Thông tin sử dụng chất gây nghiện

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 hoặc đại diện hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với người nộp đơn hoặc quyền thay mặt người nộp đơn

Nếu người đại diện hợp pháp điền vào mẫu đơn này, vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao đầy đủ của tài liệu chứng nhận quý vị có quyền thay mặt cho người nộp đơn.

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 Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.