

Formulário de Permissão para Compartilhar Informações (PSI)



Use este formulário para permitir que o MassHealth ou o Health Connector converse com outra pessoa ou organização sobre sua qualificação e envie cópias de seus avisos de qualificação.

Essa pessoa ou organização pode ser:

- um parente, amigo ou outra pessoa de confiança;
- alguém que ajuda a cuidar de você;
- alguém que ajuda você a preencher formulários do MassHealth ou do Health Connector ou
- um assistente social, advogado ou grupo de defesa do atendimento de saúde.

Não use este formulário para:

- Dar permissão a outra pessoa ou organização para fazer alterações no seu requerimento ao MassHealth.
- Receber informações sobre a sua pessoa ou cópias dos seus registros (acesse www.mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request.)

Também é possível acessar suas informações de qualificação como avisos, requerimentos e renovações, se você tiver um MA Login ou uma conta do MyServices no site mass.gov.

- Receber informações sobre seus filhos menores de 18 (geralmente não é preciso um formulário para obter essas informações).
- Compartilhar suas informações com seu provedor de atendimento de saúde (seu provedor de atendimento de saúde pode obter as suas informações sem necessidade de um formulário). Ou
- Nomear um representante de apelações para uma audiência justa (preencha as seções apropriadas do Formulário de Solicitação de Audiência Justa [FHR-1] OU preencha um Formulário [ARD] atualizado).

Importante: se você decidir preencher este formulário, é preciso preencher todas as seções e campos pertinentes, a menos que haja indicação em contrário. Escreva de forma legível e lembre-se de assinar e datar a Seção 4. Se um representante legalmente designado preencher este formulário, ele deverá assinar e datar a Seção 4.

Para obter mais informações sobre como o MassHealth utiliza e divulga as suas informações, leia o Aviso de Práticas de Privacidade do MassHealth (MassHealth Notice of Privacy Practices) em: www.mass.gov/doc/masshealth-notice-of-privacy-practices/download

SEÇÃO 1 Nome do requerente ou membro

Dou permissão ao MassHealth, Health Connector e seus representantes para compartilhar as informações relacionadas na Seção 2, sobre:

Nome do requerente ou membro cujas informações devem ser compartilhadas

Rua	Cidade	Estado	Código postal
Data de nascimento	Número de telefone (opcional)		
ID do MassHealth (ou últimos 4 dígitos do SSN) _____ se houver)			

SEÇÃO 2 Permissão para que o MassHealth e o Health Connector conversem com você sobre detalhes da sua qualificação e compartilhem cópias dos seus avisos de qualificação

A pessoa ou organização que você indicar na **Seção 3** poderá entrar em contato com o MassHealth e o Health Connector para receber as informações descritas na caixa marcada abaixo.

☐ Autorizo o MassHealth a fazer o seguinte:

- falar sobre meu caso do MassHealth ou do Health Connector e
- compartilhar cópias dos avisos de qualificação com a pessoa ou organização indicada na **Seção 3**.

Observação: se você marcar esta caixa, o MassHealth e o Health Connector enviarão cópias dos seus avisos de qualificação à pessoa ou à organização mencionada na Seção 3. Eles poderão solicitar cópias dos seus avisos de qualificação. Esses avisos podem conter informações financeiras e incluir dados sobre alguns ou todos os membros do agregado familiar.

Os membros do seu agregado familiar que tenham 18 anos ou mais deverão preencher e assinar um formulário de Permissão para Compartilhar Informações (PSI) separado, caso queiram receber seus avisos específicos de qualificação.

Você também autoriza o MassHealth e o Health Connector a compartilhar informações sobre tratamento de drogas e álcool?

☐ Sim ☐ Não

Por que você quer compartilhar estas informações?

Informe o motivo pelo qual você deseja compartilhar as informações fornecidas nesta seção. Se deixar a seção em branco, entenderemos que você quer dizer “a meu pedido”.

Se você concedeu permissão ao MassHealth e ao Health Connector para compartilhar suas informações de tratamento de drogas e álcool para fins de pagamento ou para atividades de operações de atendimento de saúde, a entidade que receber essas informações terá permissão para divulgar suas informações de tratamento de drogas ou álcool a terceiros, como seus contratados, subcontratados ou representantes legais, a fim de realizar o pagamento ou as operações de atendimento de saúde em nome do MassHealth ou do Health Connector.

SEÇÃO 3 Com quem você quer compartilhar estas informações?

Escreva o nome de APENAS UMA pessoa ou organização nesta seção. Você deve preencher outro formulário de PSI se quiser indicar mais de uma pessoa ou organização. O MassHealth e o Health Connector podem compartilhar as informações mencionadas na **Seção 2** com:

Nome da pessoa ou organização _____

Aos cuidados de (nome da pessoa na organização para quem a correspondência deve ser enviada) _____

Rua	Cidade	Estado	Código postal
Número de telefone (opcional)		E-mail (opcional)	

Vencimento da permissão: esta PSI vence em 12 meses, a menos que você escreva uma data diferente aqui. DATA: _____

Observação: esta PSI perderá a validade com o falecimento do membro indicado na Seção 1, caso a morte ocorra antes da data informada acima.

SECTION 4 Assinatura do requerente ou membro, ou seu representante legalmente nomeado

Declaro que entendo e certifico o que vem a seguir.

- Ao receber estas informações do MassHealth ou do Health Connector, a pessoa ou organização nomeada na **Seção 3** poderá compartilhá-las com terceiros sem minha permissão. Se estas informações forem compartilhadas, elas poderão não estar protegidas pelas leis federais e estaduais de privacidade.
- Preciso enviar esta PSI por um dos meios indicados na **Seção 5**.
- Posso cancelar esta permissão a qualquer momento enviando uma carta para:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

O MassHealth, o Massachusetts Health Connector e a Health Safety Net, quando se tratar do processo de qualificação e inscrição, podem enviar avisos que contenham informações pessoais sobre as pessoas mencionadas no meu requerimento, à pessoa ou organização nomeada na Seção 3, ou, de outra forma, comunicar tais informações a elas. Essas informações podem incluir registros ou dados sobre as pessoas mencionadas no meu requerimento provenientes de fontes e programas de dados federais e estaduais, como a Administração de Previdência Social (Social Security Administration), o Departamento da Receita Federal (Internal Revenue Service), o Departamento de Segurança Interna (Department of Homeland Security), o Departamento da Receita (Department of Revenue) e o Registro de Veículos Automotores (Registry of Motor Vehicles), bem como fontes de dados privados, incluindo instituições financeiras. Essas informações podem ser usadas 1) para comprovar toda informação fornecida no meu requerimento e em suplementos, ou outras informações fornecidas depois que uma pessoa se tornar membro, 2) para documentar serviços médicos reivindicados ou prestados a essas pessoas e 3) para apoiar a qualificação contínua.

- Eu informei ou informarei a toda pessoa mencionada neste requerimento (ou a seu pai/mãe ou representante legalmente autorizado, se aplicável) as funções, responsabilidades e acesso às informações que a pessoa ou organização nomeada na Seção 3 terá, para que essa pessoa compreenda as informações.
- Se eu cancelar esta autorização, o MassHealth ou o Health Connector não poderá recuperar nenhuma informação que tenha sido compartilhada enquanto durante a vigência desta permissão.
- Minha decisão de usar este formulário em nada prejudica meus benefícios do MassHealth ou do Health Connector.
- Em determinadas circunstâncias, o MassHealth e o Health Connector podem não conseguir compartilhar informações.
- Esta solicitação pode ser retirada a qualquer momento pelo membro, pela pessoa autorizada ou pela organização.

Nome do requerente ou membro (letra de fôrma) _____

Nome em letra de fôrma da pessoa que preencheu este formulário, se não for o requerente ou o membro _____

Autoridade da pessoa que preencheu este formulário para agir em nome do requerente ou do membro _____

Assinatura do requerente ou do membro, ou de seu representante legalmente nomeado _____

Data _____

Um representante legalmente nomeado é uma pessoa a quem foi concedida autoridade para agir em nome do requerente ou do membro e que possui documentação legal para comprovar essa autorização. Se este formulário estiver sendo preenchido por uma pessoa que seja representante legalmente nomeado (como pai ou mãe de uma criança menor de idade, representante de qualificação autorizado ou tutor legal nomeado por um tribunal ou por procuração), uma cópia do documento legal em questão deve ser anexada.

SEÇÃO 5 Envio deste formulário

Pelo correio para: Health Insurance Processing Center.
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Fax (857) 323-8300

Entregue seu formulário pessoalmente em um dos Centros de Inscrições do MassHealth.