

# MASSHEALTH 分享信息许可 (PSI) 表



如果您希望许可 MassHealth 完成以下任务, **请使用本表:**

- 与另一个人或组织讨论您的资格。
- 与他们分享您的资格通知副本, 或者
- 与另一个人或组织分享您的记录副本。

如果您希望许可 MassHealth 与另一个人或组织讨论您的资格并与他们分享您的资格通知副本, **请回答第 2 节下方的所有问题。**(除非您请求 MassHealth 分享您的记录书面副本, 否则不需要填写第 3 节。) 该个人或组织可以是:

- 家庭成员、朋友或其他信任的人。
- 帮助照料您的人。
- 帮助您填写 MassHealth 表格的人, 或者
- 社工、律师或医疗保健维权团体。

如果您希望许可 MassHealth 与另一个人或组织分享您的记录副本, **回答第 3 节下方的所有问题。**(只有在您请求 MassHealth 分享您的记录书面副本时才需要填写第 3 节。) 您的记录中记载的信息可能包括:

- MassHealth 索赔, 显示您已经接受的服务
- 您曾经送给我们的过去的 MassHealth 申请表和相关信息
- 已经发送给您的过去的 MassHealth 通知

如果您希望获得以下信息, **请勿使用本表:**

- 有关您本人的信息;
- 您自己的记录副本;
- 有关您的年龄在 18 岁以下的子女的信息 (您通常无需填写任何表格即可获得此类信息);
- 将与您的医疗保健提供者分享的您的资格和付款信息。(您的医疗保健提供者可因向您提供的服务获得有关您的 MassHealth 资格和付款信息, 您无需填写任何表格), 或者
- 创建与公平听证会相关的上诉代表身份。(您应当填写公平听证会申请表 (FHR-1) 中的相关部分或填写最新授权代表指定 (ARD) 表。可在以下网站查找两种表格的最新版本: [www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms](http://www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms)。)

**重要事项:** 如果您决定您希望填写本表, 您必须填写所有相关的栏目。请用大写字母清楚地填写, 并记住在**第 7 节中签名和填写日期**。如果由法律代表填写本表, 他们必须在**第 8 节中签名和填写日期**。

## 第 1 节 MassHealth 申请人或会员姓名

我许可 MassHealth 及其代表分享第 2 节或第 3 节中所列的有关以下各项的信息:

将要分享其信息的申请人或会员姓名\*

街道*	城市*	州*	邮编*
出生日期*	电话号码		
MassHealth ID 号码 (如有)* _____			

**请注意:** 带星号 (\*) 的栏目是必须填写的栏目。如果您没有 MassHealth ID 号码, 请告诉我们您的社会安全号码 (SSN) 的最后四位数 (如有)。

## 第 2 节 许可 MassHealth 谈论您的资格详情并分享您的资格通知副本

您在第 4 节中填写的个人或组织将能够与 MassHealth 联系, 接收下方勾选的方框描述的信息。

我许可 MassHealth:

- 谈论我的资格详情。
- 谈论我的 MassHealth 福利, 以及
- 与**第 4 节**中填写的个人或组织分享资格通知副本。

**请注意:** 这些通知可能包括财务信息。仅在您希望第 4 节中的个人或组织能够与 MassHealth 联系以获取资格信息并获取您的资格通知副本时才勾选此方框。

如果您勾选此方框, MassHealth 会将您的资格通知副本发送给第 4 节中的个人或组织。他们也可以索取您的资格通知副本。这些通知包括有关所有家庭成员的信息。如果您勾选此方框, 您的每一名年满 18 岁或以上的家庭成员将必须单独填写一份 PSI 表格, 并在表中签名。

您是否还许可 MassHealth 分享有关吸毒和酗酒治疗的详情？

- 是, MassHealth 可以分享吸毒和酗酒治疗信息。
- 否, MassHealth 不可以分享吸毒和酗酒治疗信息。

**请注意:** 如果您许可 MassHealth 因付款或医疗保健运营活动的目的分享您的吸毒和酗酒治疗信息, 则允许信息接收者进一步向其承包商、分包商或法定代表披露您的吸毒或酗酒治疗信息, 以便代表其进行付款或医疗保健运营活动。

### 第 3 节 许可 MassHealth 分享您的记录书面副本

第 4 节中所列的个人或组织将收到下方勾选的方框描述的记录副本。

- MassHealth 索赔, 显示您从 (月份/年份) \_\_\_\_\_ 到 (月份/年份) \_\_\_\_\_ 接受的服务。
- 其他 (请具体说明) \_\_\_\_\_
- 从 (月份/年份) \_\_\_\_\_ 到 (月份/年份) \_\_\_\_\_ 过去的 MassHealth 申请表和相关信息。
- 从 (月份/年份) \_\_\_\_\_ 到 (月份/年份) \_\_\_\_\_ 发送给您的过去的 MassHealth 通知。

您是否还许可 MassHealth 分享有关吸毒和酗酒治疗的信息？

- 是, MassHealth 可以分享吸毒和酗酒治疗信息副本。
- 否, MassHealth 不可以分享吸毒和酗酒治疗信息副本。

**请注意:** 如果您许可 MassHealth 因付款或医疗保健运营活动的目的分享您的吸毒和酗酒治疗信息, 则允许信息接收者进一步向其承包商、分包商或法定代表披露您的吸毒或酗酒治疗信息, 以便代表其进行付款和/或医疗保健运营活动。

### 第 4 节 您希望我们与谁分享信息？

请在本节**仅**填写**一个**个人的姓名或**一个**组织的名称。如果您希望列出一个以上个人或组织, 您必须另外填写一份 PSI 表。带星号 (\*) 的栏目是必须填写的栏目。

MassHealth 可与以下人士分享第 2 节或第 3 节中列出的信息：

个人姓名或机构名称*			
转交 (收件人姓名或组织名称)			
街道*	城市*	州*	邮编*
电话号码	电子邮件		

### 第 5 节 您为什么希望我们分享您的信息？

告诉我们为什么您希望分享第 2 节或第 3 节中列出的信息。如果您不填写本节, 我们则假设您表示“应我的请求”。

---



---

### 第 6 节 许可终止

除非您在此处填写不同的日期, 本 PSI 将在 12 个月后终止。日期 (月/日/年) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 第 7 节 您的签名

我理解以下各项。

- 当第 4 节中所列的个人或组织从 MassHealth 获得此信息时, 他们可能能够在未经我许可的情况下与他人分享。如果他们分享该信息, 联邦和州隐私权法可能不为信息提供保护。
- 我需要将本 PSI 发送给第 9 节中的相关地址。
- 我可以给以下地址寄送信函, 随时取消本许可:  
Health Insurance Processing Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780

- 如果我取消本许可, MassHealth 将无法撤销它在获得我的许可期间分享的任何信息。
- 如果我不许可 MassHealth 分享信息, 或者如果我取消与第 4 节中所列的个人或组织分享信息的许可, 我的 MassHealth 福利将不会受到任何影响。
- 在某些情况下, MassHealth 可能无法分享信息。

申请人或会员姓名 (请用大写字母填写)

申请人或会员签名\*

日期\*(月/日/年): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

带星号(\*)的栏目是必须填写的栏目。

## 第 8 节 法定代表签名

如果本表由有权代表申请人或会员的人 (例如, 未成年子女的父母、经授权合格代表或法定监护人) 填写, 请填写以下章节。

填写本表的人的姓名 (用大写字母填写) \_\_\_\_\_

填写本表的人的签名 \_\_\_\_\_ 日期 (月/日/年) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

填写本表的人代表申请人或会员行事的授权:\*\*

\*\* 如果本表由具有代表申请人或会员的合法权利的人填写 (例如法院指定的法定监护人或授权书), 则必须随附相关法律文件副本。

## 第 9 节 我如何提交本表?

将表格邮寄至:

Health Insurance Processing Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780

将表格传真至: (857) 323-8300

如果您仅勾选了第 3 节中的方框, 许可 MassHealth 分享您的索赔、申请文件、通知或其他记录副本, 则:

将 PSI 用电子邮件发送至:  
privacy.officer@mass.gov

或者

邮寄至:  
MassHealth Privacy Office  
One Ashburton Place, Room 1109  
Boston, MA 02108

