

分享信息许可 (PSI) 表



如果您希望许可 MassHealth 或 Health Connector 与另一位个人或另一个机构讨论您的资格并分享您的资格通知副本, 请使用本表。

该个人或机构可以是:

- 您的家庭成员、朋友或其他值得信赖的人;
- 协助照料您的人;
- 协助您填写 MassHealth 或 Health Connector 表格的人; 或者
- 社会工作者、律师或医疗保健权利倡导团体。

如果您有以下需求, 请勿使用本表:

- 许可另一位个人或另一个机构更改您的 MassHealth 申请;
- 索取有关您本人的信息或您的个人记录副本 (请访问网站 www.mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request)

如果您在 mass.gov 网站上有 MA Login 或 MyServices 账户, 您还可以查看您本人的资格信息, 包括通知、申请表和续保资料;

- 索取有关您未满 18 岁子女的信息 (通常无需填写表格即可获得此类信息);
- 与您的医疗保健服务提供者 (您的医疗保健服务提供者通常无需填写表格即可获得您的信息) 分享有关您的信息; 或者
- 为公平听证会指定一名上诉代表 (填写“公平听证会申请表” (FHR-1) 中的相关部分, 或填写最新版“经授权代表指定表” (ARD))。

重要事项: 如果您决定填写本表, 请务必填写所有相关部分和栏目 (除非另行注明)。请用大写字母清楚地填写, 并在第 4 节中签名和填写日期。如果由您的法定代表人为填写本表, 该代表必须在第 4 节中签名和填写日期。

如需了解更多有关 MassHealth 如何使用和披露您的个人信息的详情, 请参阅我们的“MassHealth 隐私方法通知”, 网址为: www.mass.gov/doc/masshealth-notice-of-privacy-practices/download

第 1 节: 申请人或会员姓名

我许可 MassHealth、Health Connector 及其代表分享第 2 节中所列的有关以下个人的信息:

希望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 (选择填写)		

MassHealth ID (或社会安全号码 (SSN) 最后四位数) _____ (如有)

第 2 节: 许可 MassHealth 和 Health Connector 讨论您的资格详情并分享您的资格通知副本

您在第 3 节中填写的个人或机构将能够联系 MassHealth 和 Health Connector, 以获取下方勾选方框中描述的信息。

我许可 MassHealth 完成以下事项:

- 讨论我的 MassHealth 或 Health Connector 个案; 以及
- 与第 3 节中填写的个人或机构分享资格通知副本。

注释: 如果您勾选本方框, MassHealth 和 Health Connector 将把您的资格通知副本发送给第 3 节中所列的个人或机构。他们还可以索取您的资格通知副本。这些通知可能包含财务信息, 并包含关于部分或全部家庭成员的信息。

如果您的家庭中年满 18 岁的成员希望将其特定的资格通知发送给他们本人, 则必须另外填写和签署一份 PSI 表格。

您是否还许可 MassHealth 和 Health Connector 分享有关药物滥用和酗酒治疗的详细信息?

是 否

您为什么希望分享该信息?

请告诉我们您为什么希望分享本节中所列的信息。如果您不填写本节, 我们将默认为“应本人的请求”。

如果您已许可 MassHealth 和 Health Connector 因付款或医疗保健运营活动的目的分享您的药物滥用和酗酒治疗信息, 则接收方获准将您的药物滥用或酗酒治疗信息进一步披露给其承包商、分包商或法定代表, 以便代表其完成付款或医疗保健运营活动。

第 3 节:您希望我们与谁分享信息?

请在本节**仅填写一位**个人或**一个**机构的名称。如果您希望指定多位个人或多个机构,则必须另外填写一份 PSI 表格。MassHealth 和 Health Connector 可能会与以下人士或机构分享 **第 2 节**中所列的信息:

个人或机构名称 _____

送交(机构内应接收信件的个人姓名) _____

街道 _____

城市 _____

州 _____

邮编 _____

电话号码(选择填写) _____

电子邮件(选择填写) _____

许可终止:本 PSI 将于 12 个月后终止(除非您在此处填写不同的日期)。**日期:** _____

注释:如果第 1 节中所列会员去世,本 PSI 则会在会员去世日期终止(如果去世日期在以上所列日期之前)。

第 4 节:申请人或会员或法定代表签名

本人理解并确认以下事项:

- 当**第 3 节**中所列个人或机构从 MassHealth 或 Health Connector 获取本信息时,他们可能会在未经本人许可的情况下与他人分享该信息。如果他们分享该信息,联邦和州隐私法可能无法对该信息提供保护。
- 本人必须通过**第 5 节**中所列的一种方式提交本 PSI。
- 本人可随时写信至以下地址,撤销本许可:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
- MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 在处理资格和注册事宜时,可能会向**第 3 节**中所列的个人或机构发送包含本人申请表中所列人员个人信息的通知,或以其他方式向其通报此类信息。此类信息可能包括来自联邦和州数据来源和项目(例如,社会安全局、国税局、国土安全部、税务部、机动车辆管理局)以及私人数据来源(包括金融机构)的、关于本人申请表中所列人员的记录或数据。此类信息可用于:1) 证明本人申请表和任何增补表中所提供的任何信息,或在某人成为会员后立即提供的其他信息;2) 记录申报的医疗服务或向此类人员提供的医疗服务;以及 3) 证明其持续享有资格。
- 本人已告知(或将告知)本申请表中所列的每一位人员(或其父母或法定代表(如适用))**第 3 节**中所列的个人或机构的义务、责任和信息获取权限。
- 如果本人撤销本许可,MassHealth 或 Health Connector 无法收回其在获得本人许可期间已分享的任何信息。
- 本人决定使用本表不会在任何方面影响本人在 MassHealth 或 Health Connector 享有的福利。
- 在某些情况下,MassHealth 和 Health Connector 可能无法分享信息。
- 会员、经授权人士或机构可随时撤销本申请。

申请人或会员姓名(请用大写字母填写) _____

填写本表人士的姓名(请用大写字母填写)(如果填写人不是申请人或会员本人) _____

填写本表人士代表申请人或会员的授权 _____

申请人或会员或其法定代表签名 _____

日期 _____

法定代表是指被授权代表申请人或会员并持有相关法律证明文件的人士。如果本表是由法定代表(例如未成年子女的父母、经授权资格代表,或由法院指定/通过授权委托书确定的法定监护人)代为填写,则必须随附相关法律文件副本。

第 5 节:提交本表

将表格邮寄至: Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

传真:(857) 323-8300

在 MassHealth 注册中心亲自提交表格。