Đơn Cho Phép Chia Sẻ Thông Tin (PSI)

Sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị muốn cho phép MassHealth hoặc Health Connector trao đổi với một cá nhân hoặc tổ chức khác về tình trạng đủ điều kiện của quý vị và chia sẻ các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị.

Cá nhân hoặc tổ chức này có thể là:

- một thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc một người đáng tin cậy khác,
- người hỗ trợ chăm sóc cho quý vị,
- người giúp quý vị điền các mẫu đơn của MassHealth hoặc Health Connector, hoặc
- nhân viên công tác xã hội, luật sư hoặc nhóm vận động chăm sóc y tế.

Không sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị muốn

- cho phép một cá nhân hoặc tổ chức khác thực hiện các thay đổi đối với đơn xin MassHealth của quý vị;
- yêu cầu thông tin về bản thân hoặc các bản sao hồ sơ cá nhân của quý vị (truy cập www.mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request.)
  Quý vị cũng có thể truy cập thông tin đủ điều kiện của mình, bao gồm thông báo, đơn đăng ký và gia hạn, nếu quý vị có tài khoản MA Login hoặc MyServices trên mass.gov.;
- thông tin về con cái dưới 18 tuổi của quý vị (Quý vị thường có thể nhận được thông tin này mà không cần mẫu đơn);
- thông tin của quý vị sẽ được chia sẻ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị (Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị có thể nhận được thông tin của quý vị mà không cần mẫu đơn); hoặc
- chỉ định một người đại diện kháng cáo cho một Phiên Điều Trần Công Bằng (Điền vào các phần phù hợp trên Đơn Yêu Cầu Phiên Điều Trần (FHR-1) hoặc hoàn thành Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) hiện tại).

Lưu ý quan trọng: Nếu quý vị quyết định muốn điền vào mẫu đơn này, quý vị phải điền vào tất cả các phần và trường phù hợp, trừ khi được đánh dấu khác. Vui lòng viết chữ in rõ ràng và nhớ ký tên và ghi ngày tháng vào Phần 4. Nếu người đại diện được chỉ định hợp pháp điền vào mẫu đơn này, họ phải ký tên và ghi ngày tháng vào Phần 4.

Để biết thêm thông tin về cách MassHealth sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị, hãy xem Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của MassHealth tại: www.mass.gov/doc/masshealth-notice-of-privacy-practices/download

PHẦN 1 Tên người nộp đơn hoặc thành viên

Tôi cho phép MassHealth, Health Connector và các đại diện của MassHealth chia sẻ thông tin được liệt kê trong Phần 2 về

Tên của người nộp đơn hoặc thành viên có thông tin sẽ được chia sẻ

Tên đường	Thành phố	Tiểu bang	Mã zipcode
Ngày sinh	Số điện thoại (tùy chọn)		

Số ID MassHealth (hoặc 4 số cuối SSN) __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ (nếu có)

PHẦN 2 Cho phép MassHealth và Health Connector trao đổi về các chi tiết về tính đủ điều kiện của quý vị và chia sẻ các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị

Cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị đã ghi trong **Phần 3** sẽ có thể liên lạc với MassHealth và Health Connector để nhận thông tin được mô tả trong ô được đánh dấu dưới đây.

☐ Tôi cho phép MassHealth thực hiện những việc sau:
- trao đổi về hồ sơ MassHealth hoặc Health Connector của tôi, và
- chia sẻ bản sao thông báo đủ điều kiện với cá nhân hoặc tổ chức được ghi trong **Phần 3**.

Lưu ý: Nếu quý vị đánh dấu chọn vào ô này, MassHealth và Health Connector sẽ gửi các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị cho cá nhân hoặc tổ chức trong Phần 3. Họ cũng có thể yêu cầu các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị. Những thông báo này có thể chứa thông tin tài chính và có thông tin về một số hoặc tất cả các thành viên trong hộ gia đình.

Các thành viên trong hộ gia đình của quý vị từ 18 tuổi trở lên sẽ phải hoàn thành và ký tên vào một mẫu đơn PSI riêng nếu họ muốn nhận các thông báo đủ điều kiện cụ thể của mình.

Quý vị có cho phép MassHealth và Health Connector chia sẻ thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia không?

☐ Có ☐ Không

Tại sao quý vị muốn chia sẻ thông tin này?

Hãy cho chúng tôi biết lý do quý vị muốn chia sẻ thông tin được liệt kê trong phần này. Nếu quý vị để trống phần này, chúng tôi sẽ mặc định quý vị muốn nói "làm theo yêu cầu của tôi."

Nếu quý vị đã cho phép MassHealth và Health Connector chia sẻ thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia của mình vì mục đích chi trả hoặc vì các hoạt động chăm sóc y tế, người nhận được phép tiết lộ thêm thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia của quý vị cho các nhân viên hợp đồng, nhân viên hợp đồng thầu lại hoặc đại diện pháp lý để thực hiện các hoạt động chi trả hoặc chăm sóc y tế thay mặt cho MassHealth và Health Connector.

PHẦN 3 Quý vị muốn chúng tôi chia sẻ thông tin với ai?

Chỉ viết tên của MỘT cá nhân hoặc tổ chức trong phần này. Quý vị phải điền vào đơn PSI khác nếu quý vị muốn nêu tên nhiều người hoặc tổ chức. MassHealth và Health Connector có thể chia sẻ thông tin được liệt kê trong **Phần 2** với

Tên của cá nhân hoặc tổ chức			
Gửi cho (tên của người trong tổ chức mà thư sẽ được gửi đến)			
Tên đường	Thành phố	Tiểu bang	Mã zipcode
Số điện thoại (tùy chọn)	Email (tùy chọn)		

Kết thúc sự cho phép: Quyền PSI này sẽ kết thúc sau 12 tháng trừ khi quý vị ghi một ngày khác ở đây. NGÀY: _____

Lưu ý: Quyền PSI này sẽ kết thúc nếu thành viên được liệt kê trong Phần 1 qua đời vào trước ngày được nêu ở trên.

PHẦN 4 Chữ ký của người nộp đơn hoặc thành viên, hoặc người đại diện được chỉ định hợp pháp của họ

Tôi hiểu và xác nhận những điều sau đây.

- Khi cá nhân hoặc tổ chức có tên trong **Phần 3** nhận được thông tin này từ MassHealth hoặc Health Connector, họ có thể chia sẻ thông tin đó với người khác mà không cần sự cho phép của tôi. Nếu họ chia sẻ thông tin này, luật về quyền riêng tư của liên bang và tiểu bang có thể không bảo vệ thông tin đó.
- Tôi cần phải nộp đơn PSI này bằng cách sử dụng một trong những cách được liệt kê trong **Phần 5**.
- Tôi có thể hủy sự cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách gửi thư đến:
  Health Insurance Processing Center
  PO Box 4405
  Taunton, MA 02780
- MassHealth, Massachusetts Health Connector, và Health Safety Net, liên quan đến quy trình xét tính đủ điều kiện và ghi danh, có thể gửi thông báo có chứa thông tin cá nhân của những người được liệt kê trong đơn của tôi cho cá nhân hoặc tổ chức có tên trong Phần 3, hoặc gửi thông tin đó cho họ. Thông tin này có thể bao gồm hồ sơ hoặc dữ liệu về những người được liệt kê trong đơn của tôi từ các nguồn và chương trình dữ liệu của liên bang và tiểu bang, chẳng hạn như Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration), Sở Thuế vụ Liên bang (Internal Revenue Service), Bộ An ninh Nội địa (Department of Homeland Security), Cục Thuế Tiểu bang (Department of Revenue) và Cơ quan Đăng ký Phương tiện Cơ giới (Registry of Motor Vehicles), cũng như các nguồn dữ liệu tư nhân, bao gồm các tổ chức tài chính. Thông tin này có thể được sử dụng 1) để chứng minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp trong đơn đăng ký của tôi và bất kỳ phần bổ sung nào, hoặc thông tin nào khác được cung cấp khi một người trở thành thành viên, 2) để ghi lại các dịch vụ y tế được yêu cầu hoặc cung cấp cho những người đó, và 3) để tiếp tục hỗ trợ tính đủ điều kiện.
- Tôi đã nói hoặc sẽ nói với bất kỳ ai được liệt kê trong đơn xin này (hoặc cha mẹ hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp của họ, nếu có) về các nhiệm vụ, trách nhiệm và quyền truy cập vào thông tin mà cá nhân hoặc tổ chức có tên trong Phần 3 sẽ có để họ hiểu.
- Nếu tôi hủy sự cho phép này, MassHealth hoặc Health Connector không thể thu hồi bất kỳ thông tin nào đã chia sẻ trong khoản thời gian MassHealth hoặc Health Connector được tôi cho phép.
- Quyết định sử dụng mẫu đơn này của tôi sẽ không ảnh hưởng đến phúc lợi MassHealth hoặc Health Connector của tôi dưới bất kỳ hình thức nào.
- Trong một số trường hợp nhất định, MassHealth và Health Connector có thể không chia sẻ được thông tin.
- Yêu cầu này có thể được rút lại bất cứ lúc nào bởi thành viên, người được ủy quyền hoặc tổ chức.

Tên của người nộp đơn hoặc thành viên (vui lòng viết hoa)

_____

Viết hoa tên của người điền đơn này, nếu không phải là người nộp đơn hoặc thành viên _____

Quyền của người điền đơn này thay mặt cho người nộp đơn hoặc thành viên _____

Chữ ký của người nộp đơn hoặc thành viên, hoặc người đại diện được chỉ định hợp pháp của họ

_____

Ngày _____

Người đại diện được chỉ định hợp pháp là người đã được cấp quyền thay mặt cho người nộp đơn hoặc thành viên và có tài liệu pháp lý để chứng minh điều đó. Nếu mẫu đơn này đang được hoàn thành bởi một người đại diện được chỉ định hợp pháp (chẳng hạn như cha mẹ của một đứa trẻ vị thành niên, người đại diện được ủy quyền về điều kiện hoặc người giám hộ hợp pháp do tòa án hoặc giấy ủy quyền chỉ định), phải đính kèm một bản sao của tài liệu pháp lý hiện hành.

PHẦN 5 Gửi Mẫu Đơn Này

Gửi đơn của quý vị đến: Health Insurance Processing Center.
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Fax (857) 323-8300

Nộp đơn trực tiếp tại Trung tâm Đăng ký MassHealth.