



Sử dụng mẫu đơn này nếu quý vị muốn cho phép MassHealth

- trao với một người hoặc tổ chức khác về điều kiện của quý vị,
- chia sẻ các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị với họ, hoặc
- chia sẻ các bản sao hồ sơ của quý vị với một người hoặc tổ chức khác.

Hoàn thành tất cả các câu hỏi theo Phần 2 nếu quý vị muốn cho phép MassHealth trao đ với một người hoặc tổ chức khác về điều kiện của quý vị và chia sẻ các bản sao thông báo về điều kiện của quý vị với họ. (Không hoàn thành Phần 3 trừ khi quý vị yêu cầu MassHealth chia sẻ bản sao hồ sơ viết tay của quý vị.) Người hoặc tổ chức có thể là:

- một thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc người đáng tin cậy khác,
- người đang chăm sóc quý vị,
- người giúp quý vị điền đơn MassHealth hoặc
- nhân viên xã hội, luật sư hoặc nhóm ủng hộ chăm sóc y tế.

Hoàn thành tất cả các câu hỏi theo Phần 3 nếu quý vị muốn cho phép MassHealth chia sẻ bản sao hồ sơ của quý vị với một người hoặc tổ chức khác. (Không hoàn thành Phần 3 trừ khi quý vị yêu cầu MassHealth chia sẻ bản sao hồ sơ viết tay của quý vị.) Thông tin có trong hồ sơ của quý vị có thể bao gồm:

- Bản tóm tắt về các yêu cầu MassHealth chi trả cho các dịch vụ quý vị đã nhận
- Các đơn xin MassHealth trước đây và thông tin liên quan mà quý vị đã gửi cho chúng tôi
- Các thông báo trước đây của MassHealth đã được gửi cho quý vị

Không sử dụng đơn này nếu quý vị muốn

- nhận thông tin về bản thân,
- các bản sao hồ sơ của quý vị,
- thông tin về con dưới 18 tuổi (Quý vị thường có thể nhận được thông tin này mà không cần điền vào bất kỳ đơn nào.),
- thông tin về điều kiện và thông chi trả 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 có thể nhận được thông tin về tình trạng hội đủ điều kiện tham gia MassHealth của quý vị và thông tin chi trả cho các dịch vụ cung cấp cho quý vị mà không cần điền vào bất kỳ đơn nào.); hoặc
- tạo tình trạng đại diện khiếu nại liên quan đến Phiên điều trần Công bằng. (Quý vị nên 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. Các phiên bản hiện tại của cả hai đơn có sẵn tại www.mass.gov/service-details/masshealth-member-form.)

Lưu ý: Nếu quý vị quyết định muốn điền vào mẫu đơn này, quý vị phải điền vào tất cả các phần phù hợp. Vui lòng viết rõ và nhớ **ký và ghi ngày vào Phần 7**. Nếu người đại diện pháp lý điền vào mẫu đơn này, họ phải **ký tên và ghi ngày vào Phần 8**.

PHẦN 1 Tên của người nộp đơn hoặc thành viên của MassHealth

Tôi cho phép MassHealth và các đại diện của MassHealth chia sẻ thông tin được liệt kê trong Phần 2 hoặc Phần 3 về:

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

Tên đường*	Thành phố*	Tiểu bang*	Mã zip*
Ngày sinh*	Số điện thoại		

Số ID MassHealth (nếu có)* _____

Xin lưu ý: Các phần có dấu hoa thị * là bắt buộc. Nếu quý vị không có số ID MassHealth, hãy đưa cho chúng tôi bốn số cuối của số an sinh xã hội (SSN) của quý vị, nếu có.

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

Người hoặc tổ chức mà quý vị đã viết trong Phần 4 sẽ có thể liên lạc với MassHealth để lấy thông tin đã nêu với các ô chọn bên dưới.

Tôi cho phép MassHealth thực hiện những việc sau:

- trao đổi về các chi tiết điều kiện của tôi,
- trao đổi về các phúc lợi MassHealth của tôi và
- chia sẻ bản sao thông báo đủ điều kiện với cá nhân hoặc tổ chức được viết trong **Phần 4**.

Vui lòng lưu ý. Những thông báo này có thể có thông tin tài chính. Chỉ đánh dấu chọn ô này nếu quý vị muốn cá nhân hoặc tổ chức trong Phần 4 có thể liên lạc với MassHealth để lấy thông tin về điều kiện và các bản sao thông báo về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị.

Nếu quý vị đánh dấu chọn vào ô này, MassHealth sẽ gửi các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị cho cá nhân hoặc tổ chức trong Phần 4. Họ cũng có thể yêu cầu các bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị. Những thông báo này có thông tin về tất cả các thành viên của hộ gia đình. Nếu quý vị đánh dấu chọn vào ô này, mỗi thành viên trong gia đình của quý vị từ 18 tuổi trở lên sẽ phải hoàn thành và ký vào một mẫu PSI riêng.

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

- Có. MassHealth có thể chia sẻ thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia.
- Không. MassHealth không thể chia sẻ thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia.

Vui lòng lưu ý. Nếu quý vị đã cho phép MassHealth 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.

PHẦN 3 Cho phép MassHealth chia sẻ những hồ sơ viết tay của quý vị

Người hoặc tổ chức đã viết trong Phần 4 sẽ nhận các bản sao hồ sơ đã nêu trong ô đã chọn bên dưới.

- Bản tóm tắt về các yêu cầu MassHealth chi trả cho các dịch vụ quý vị đã nhận từ (tháng/năm) _____ đến (tháng/năm) _____.
- Các đơn xin MassHealth trước đây và thông tin liên quan từ (tháng/năm) _____ đến (tháng/năm) _____.
- Thông báo MassHealth trước đây được gửi cho quý vị từ (tháng/năm) _____ đến (tháng/năm) _____.
- Khác (vui lòng nêu cụ thể)

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

- Có. MassHealth có thể chia sẻ thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia.
- Không. MassHealth không thể chia sẻ thông tin điều trị nghiện chất kích và rượu bia.

Vui lòng lưu ý: Nếu quý vị đã cho phép MassHealth 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 và/hoặc chăm sóc y tế thay mặt cho MassHealth.

PHẦN 4 Quý vị muốn chúng tôi chia sẻ thông tin với ai?

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. Các phần có dấu hoa thị * là bắt buộc.

MassHealth có thể chia sẻ thông tin được liệt kê trong Phần 2 hoặc Phần 3 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 zip*

Số điện thoại

Email

PHẦN 5 Tại sao quý vị muốn chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị?

Hãy cho chúng tôi biết lý do quý vị muốn chia sẻ thông tin được liệt kê trong Phần 2 hoặc Phần 3. Nếu quý vị để trống phần này, chúng tôi sẽ cho rằng quý vị muốn nói "làm theo yêu cầu của tôi."

PHẦN 6 Kết thúc sự cho phép

PSI này sẽ kết thúc sau 12 tháng trừ khi quý vị viết một ngày khác ở đây. Ghi bằng số (tháng/ngày/năm): ____ / ____ / ____

PHẦN 7 Chữ ký của quý vị

Tôi hiểu những điều sau đây.

- Khi cá nhân hoặc tổ chức có tên trong Phần 4 nhận được thông tin này từ MassHealth, 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 đó, luật về quyền riêng tư của liên bang và tiểu bang có thể không bảo vệ thông tin đó.
- Tôi cần gửi PSI này đến địa chỉ phù hợp trong Phần 9.
- 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

- Nếu tôi hủy sự cho phép này, MassHealth không thể lấy lại thông tin đã chia sẻ khi tôi đã cho phép.
- Nếu tôi không cho phép MassHealth chia sẻ thông tin, hoặc nếu tôi hủy sự cho phép chia sẻ thông tin với người hoặc tổ chức có tên trong Phần 4, các phúc lợi từ MassHealth của tôi sẽ không bị ảnh hưởng.
- Trong một số trường hợp nhất định, MassHealth có thể không chia sẻ được thông tin.

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

Chữ ký của người nộp đơn hoặc thành viên*

Ghi bằng số* (tháng/ngày/năm): ____ / ____ / ____

Các phần có dấu hoa thị * là bắt buộc.

PHẦN 8 Chữ ký của người đại diện pháp lý

Điền vào phần sau nếu đơn này được điền bởi người có thẩm quyền hợp pháp để thay mặt cho người nộp đơn hoặc thành viên (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).

Viết hoa tên của người điền đơn này _____

Chữ ký của người điền đơn này _____ Ghi bằng số (tháng/ngày/năm): ____ / ____ / ____

Địa chỉ

Số điện thoại

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

** Nếu mẫu đơn này đang được hoàn thành bởi một người có quyền pháp lý để đại diện cho người nộp đơn hoặc thành viên, chẳng hạn như 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 9 Làm cách nào để tôi nộp đơn này?

Gửi đơn của quý vị đến:

Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Fax mẫu đơn của quý vị đến: (857) 323-8300

Nếu quý vị chỉ đánh dấu chọn vào các ô trong Phần 3 để cho phép MassHealth chia sẻ các bản sao tóm tắt yêu cầu MassHealth chi trả, đơn xin, thông báo hoặc các hồ sơ khác của quý vị, thì:

Gửi email cho PSI đến privacy.officer@mass.gov

hoặc

Gửi thư đến
MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, Room 1109
Boston, MA 02108

