WIC 信息披露放行授权书

本人 在此授权给 WIC 计划。

（正楷体名称）

**放行披露以下信息：***请* ***选择是或否****以指示 WIC 是否该放行以下信息*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 是 | 否 | Nutrition Care Plan（营养护理计划） |
| 是 | 否 | 食品/配方奶处方 |
| 是 | 否 | 健康保险信息 |
| 是 | 否 | 身高/长度/体重 |
| 是 | 否 | Hemoglobin/Hematocrit/Lead（血红蛋白/血细胞比容/铅） |
| 是 | 否 | 免疫记录 |
| 是 | 否 | 预约协调 |
| 是 | 否 | 其他(必须明确指出):  |

## 来自 WIC 的有关以下信息的记录：

参与者姓名： 出生日期 / /

## 给：

个人和/或组织名称：

*请打钩选择 WIC 是否可以将以上信息披露给 MassHealth /Durable Medical Equipment (DME) Provider*

# （耐用医疗设备提供方）。

**因以下原因：**

# 说明共享此信息的原因。 如果您不想列出原因，只需写下“应我的要求”：

* 我了解，此处列出的个人或组织可能不受联邦或州隐私法的保护，他们可能能够进一步共享 WIC 提供给他们的信息。
* 尽管我已知悉联邦法律赋予我获得 WIC 福利和有权利要求将我作为 WIC 参与者的记录进行保密的权利，我仍要求 WIC 计划提供以上指定的信息。我可以拒绝签署此授权书。如果我拒绝签名我/我的孩子的 WIC 资格和福利将不会受到影响。
* 我了解我可以随时改变主意并取消此授权。 如要取消此授权，我需要写一封信给 WIC，然后将其寄达或带到我现在授予给予此权限的 WIC 计划中。 一旦 WIC 已将信息披露，我知道届时即使我取消此授权亦为时已晚。

## 参与者/家长/监护人签名： :

**与参与者关系： 日期:** / /

## 该授权有效期至 WIC 参与者的认证期结束为止。

该机构是平等机会提供方。

Authorization for Release of Information – WIC Form # 267

Revised 09/2023 - Chinese

