



## CHẤP THUẬN CHIA SẺ THÔNG TIN TỪ CHƯƠNG TRÌNH WIC

Tôi \_\_\_\_\_ đồng ý để \_\_\_\_\_ Chương trình WIC  
(Tên viết hoa)

Chia sẻ các thông tin sau: Vui lòng **lựa chọn có hoặc không** để xác nhận các thông tin mà chương trình WIC có thể chia sẻ:

- Có     Không    Kế Hoạch Chăm Sóc Dinh Dưỡng
- Có     Không    Danh Mục Thực phẩm/Sữa Công Thức
- Có     Không    Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế
- Có     Không    Chiều Cao/Cân Nặng
- Có     Không    Hàm Lượng Hemoglobin/Hematocrit/Chì
- Có     Không    Thông Tin Tiêm Chủng
- Có     Không    Kế Hoạch Phối Hợp Các Cuộc Hẹn
- Có     Không    Khác (PHẢI nêu rõ): \_\_\_\_\_

### Từ hồ sơ WIC của:

Tên Người Tham Gia: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Người nhận:

Tên (các) Cá Nhân và/hoặc (các) Tổ Chức: \_\_\_\_\_

- Vui lòng xác nhận liệu chương trình WIC có thể chia sẻ những thông tin trên cho MassHealth/Nhà Cung Cấp Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) hay không.

### Vì những lý do sau đây:

Nêu (các) lý do chia sẻ thông tin này. Nếu quý vị không muốn liệt kê các lý do, chỉ cần viết, "Theo yêu cầu của tôi":

- Tôi hiểu rằng, (các) cá nhân hoặc tổ chức được liệt kê ở đây có thể không thuộc phạm vi quy định của luật pháp liên bang hoặc tiểu bang về bảo mật thông tin cá nhân và họ có thể tiếp tục chia sẻ các thông tin mà WIC cung cấp.
- Tôi đồng ý để Chương trình WIC cung cấp các thông tin nêu trên mặc dù tôi hiểu rằng luật pháp liên bang cho phép tôi quyền tiếp nhận các hỗ trợ từ chương trình WIC và bảo mật thông tin trong hồ sơ của người tham gia chương trình WIC. Tôi có thể từ chối ký tên vào mẫu ủy quyền này. Nếu tôi từ chối ký tên, tính đủ điều kiện cũng như các hỗ trợ của chương trình WIC của tôi/con tôi sẽ không bị ảnh hưởng.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi quyết định và hủy bỏ việc ủy quyền này vào bất cứ thời điểm nào. Để từ chối ký tên, tôi cần gửi thư cho WIC hoặc mang trực tiếp đến văn phòng chương trình WIC mà tôi trước đó đã hoàn thành mẫu ủy quyền. Khi thông tin đã được WIC chia sẻ, tôi hiểu rằng việc hủy bỏ quyết định ủy quyền sẽ không thể giúp bảo mật thông tin.

Chữ Ký của Người Tham Gia/Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_

Mối Quan Hệ với Người Tham Gia: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Quyết định ủy quyền này có hiệu lực cho đến khi kết thúc giai đoạn chứng nhận của người tham gia chương trình WIC.**

Đây là tổ chức cung cấp cơ hội bình đẳng

