



Department of Health
and Human Services
Maine People Living
Safe, Healthy and Productive Lives

Paul R. LePage, Governor

Ricker Hamilton, Commissioner

Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin

**Chúng tôi cam kết đảm bảo tính riêng tư cho thông tin của quý vị.
Vui lòng đọc kỹ mẫu đơn này.**

(Những) văn phòng DHHS nào có thể trợ giúp quý vị? Vui lòng chọn.

<input type="checkbox"/> Văn Phòng Dịch Vụ MaineCare	<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần và Lạm Dụng Chất Gây
<input type="checkbox"/> Văn Phòng Đội Ngũ Duyệt Xét Y Khoa và Hỗ Trợ Độc Lập Hộ Gia Đình	<input type="checkbox"/> Văn Phòng Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình
<input type="checkbox"/> Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Bệnh Maine	<input type="checkbox"/> Văn Phòng Dịch Vụ Dành Cho Người Già và Người Khuyết Tật
<input type="checkbox"/> Trung Tâm Tâm Thần Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> Văn Phòng Điều Trần Hành Chánh
<input type="checkbox"/> Trung Tâm Tâm Thần Riverview	<input type="checkbox"/> Khác:

Thông tin của ai sẽ được tiết lộ? Vui lòng ghi rõ.

Tên Cá Nhân	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội
Địa Chỉ Nhà	Thị Trấn/Thành Phố	Tiểu Bang
Điện Thoại () -	Địa Chỉ Email	Mã Bưu Chánh
		@

DHHS nên tiết lộ những thông tin gì? Vui lòng đánh dấu tất cả các mục thích hợp.

<p>Cho phép chung:</p> <p><input type="checkbox"/> Tất cả những thông tin sức khỏe từ (các) văn phòng DHHS đã chọn ở trên</p> <p><input type="checkbox"/> Yêu cầu bồi thường hoặc dữ liệu trong hồ sơ y tế (thông tin về những lần đến khám tại nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe)</p> <p><input type="checkbox"/> Thông tin hóa đơn, thanh toán, thu nhập, giao dịch nhà băng, thuế, tài sản hoặc dữ liệu cần có để xác định liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận trợ cấp từ chương trình của DHHS không</p> <p><input type="checkbox"/> Giới hạn trong (những) ngày hoặc (những) loại thông tin sau đây: (ví dụ "Xét nghiệm ngày 2 tháng Sáu năm 2017" hoặc "Yêu cầu bồi thường từ 2015-2017")</p> <p><input type="checkbox"/> Khác: _____</p>	<p>Cho phép đặc biệt: Giới Thiệu hoặc Dịch Vụ Điều Trị Các Vấn Đề về Thuốc/Rượu/Bia</p> <p><input type="checkbox"/> Bao gồm toàn bộ thông tin liên quan đến các vấn đề về chất gây nghiện/rượu bia trong mẫu đơn cho phép tiết lộ này</p> <p><input type="checkbox"/> Chỉ bao gồm những hồ sơ cụ thể liên quan đến các vấn đề về chất gây nghiện/rượu bia được chọn:</p> <p><input type="checkbox"/> Chẩn đoán và điều trị</p> <p><input type="checkbox"/> Ghi chú lâm sàng và tóm tắt xuất viện</p> <p><input type="checkbox"/> Lịch sử hoặc tóm tắt các vấn đề về chất gây nghiện/rượu bia</p> <p><input type="checkbox"/> Thông tin thanh toán hoặc yêu cầu bồi thường</p> <p><input type="checkbox"/> Hoàn cảnh sống và hỗ trợ xã hội</p> <p><input type="checkbox"/> Thuốc, liều thuốc hoặc trang bị vật tư</p> <p><input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm</p> <p><input type="checkbox"/> Khác: _____</p>
<p>Cho phép đặc biệt: Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Lý/Hành Vi</p> <p><input type="checkbox"/> Bao gồm thông tin này trong mẫu đơn cho phép tiết lộ</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi muốn xem lại hồ sơ sức khỏe tâm lý/hành vi của mình trước khi tiết lộ thông tin. Tôi hiểu rằng việc này sẽ được giám sát.</p> <p>Xin lưu ý: Luật pháp của Maine cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin này với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các chương trình y tế khác để phối hợp chăm sóc sức khỏe cho quý vị (để giúp chăm sóc cho quý vị) miễn là chúng tôi có những nỗ lực phù hợp để thông báo cho quý vị về việc tiết lộ thông tin này.</p>	<p>Cho phép đặc biệt: Kết quả Xét nghiệm/Tình trạng HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Bao gồm thông tin này trong mẫu đơn cho phép tiết lộ</p> <p>Xin lưu ý: Luật pháp của Maine yêu cầu chúng tôi thông báo cho quý vị về ảnh hưởng có thể có của việc tiết lộ thông tin về HIV/AIDS. Ví dụ: quý vị có thể sẽ được chăm sóc toàn diện hơn nếu tiết lộ thông tin này, nhưng quý vị cũng có thể bị phân biệt nếu các dữ liệu này bị lạm dụng. DHHS sẽ bảo vệ dữ liệu HIV của quý vị và tất cả các thông tin khác, theo yêu cầu của luật pháp.</p>

Quý vị muốn DHHS gửi thông tin của quý vị qua EMAIL? Đúng.

Mặc dù DHHS có biện pháp bảo vệ quyền riêng tư và bảo mật cho thông tin của tôi, tôi hiểu rằng email và Internet tiềm ẩn các nguy cơ mà DHHS không thể kiểm soát được. Thông tin gửi qua email của tôi có khả năng bị một bên thứ ba đọc được. Tôi **CHẤP NHẬN NHỮNG RỦI RO ĐÓ** và vẫn yêu cầu DHHS gửi thông tin của tôi qua email. **KÝ TẮT Ở ĐÂY** _____

DHHS cần gửi thông tin của quý vị đến địa chỉ email nào? Vui lòng ghi rõ địa chỉ email:

Mục đích tiết lộ thông tin là gì? Vui lòng chọn hoặc viết câu trả lời.

- Để điều phối hoặc quản lý việc chăm sóc sức khỏe cho tôi Vì lý do pháp lý, bao gồm nhằm cung cấp lời khai
 Một yêu cầu cá nhân Để biết liệu tôi có đủ điều kiện nhận phúc lợi hoặc bảo hiểm không Khác _____

Vui lòng chọn và ghi rõ bên dưới: Gửi thông tin của tôi đến Nhận thông tin của tôi từ:

Tên _____	Tên _____
Địa Chỉ _____	Địa Chỉ _____
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chánh _____	Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chánh _____
Điện thoại _____	Điện thoại _____
Số Fax _____	Số Fax _____

Tôi hiểu và đồng ý rằng:

- “Thông tin” có thể ở dạng văn bản, lời nói và/hoặc điện tử.
- Mẫu đơn này sẽ hết hạn sau **một năm** kể từ ngày bên dưới, trừ khi tôi thu hồi (lấy lại) giấy cho phép sớm hơn.
- Để thu hồi giấy cho phép, tôi sẽ điền vào Đơn Thu hồi có tại <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> và gửi tới văn phòng mà tôi nhận được các dịch vụ. Điều này sẽ không áp dụng với các thông tin mà DHHS đã tiết lộ theo sự cho phép của tôi.
- Nếu tôi thu hồi giấy cho phép của mình hoặc từ chối tiết lộ một số hoặc tất cả thông tin của tôi, sự lựa chọn của tôi có thể dẫn đến việc chẩn đoán hoặc điều trị không đúng, hoặc bị từ khước phạm vi bảo hiểm.
- Tôi cho phép cá nhân và/hoặc văn phòng được liệt kê trong danh sách này trao đổi với nhau về (các) mục đích trên mẫu đơn này.
- Thông tin sức khỏe từ những nhà cung cấp khác (như bác sĩ, bệnh viện và cố vấn) trong hồ sơ DHHS của tôi được đính kèm trong mẫu đơn cho phép tiết lộ này.
- Trừ khi tôi nộp đơn xin trợ cấp, DHHS sẽ không căn cứ vào việc tôi kí đơn này để xác định các vấn đề điều trị, chi trả cho các dịch vụ hay phúc lợi của tôi.
- Văn phòng DHHS sẽ giữ bí mật thông tin của tôi theo yêu cầu của luật pháp. Nếu tôi chọn chia sẻ thông tin của tôi với những người khác mà pháp luật không yêu cầu giữ bí mật, các thông tin đó có thể sẽ không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật liên bang.
- Nếu có bao gồm hồ sơ điều trị hoặc chương trình cai nghiện rượu bia hoặc chất gây nghiện (rối loạn do sử dụng chất gây nghiện) trong công bố này, DHHS sẽ đính kèm một thông báo nói rằng các thông tin đó không được phép tiết lộ lại hoặc chia sẻ nếu chưa có sự cho phép bằng văn bản của tôi.

Tôi tự nguyện kí đơn này. Tôi có quyền nhận một bản sao mẫu đơn có chữ kí nếu yêu cầu.

Ngày: _____ Chữ ký _____

Cá Nhân Đại Diện của cơ quan thẩm quyền ký tên: _____