



資訊揭露授權書

我們致力於保護您資訊的隱私。
請仔細閱讀此表。

哪個 DHHS 辦公室可為您提供協助？請勾選。

<input type="checkbox"/> MaineCare 服務辦公室	<input type="checkbox"/> 藥物濫用與心理健康服務
<input type="checkbox"/> 家庭自立和醫療評估小組辦公室	<input type="checkbox"/> 兒童與家庭服務辦公室
<input type="checkbox"/> 緬因州疾病預防控制中心	<input type="checkbox"/> 老年與殘障服務辦公室
<input type="checkbox"/> Dorothea Dix 精神病中心	<input type="checkbox"/> 行政聽證辦公室
<input type="checkbox"/> Riverview 精神病中心	<input type="checkbox"/> 其他：

會揭露誰的資訊？請以正楷填寫。

個人姓名	出生日期	社會安全號碼
住家地址	鎮/市	州 郵遞區號
電話 () -	電子郵件地址	@

DHHS 可揭露哪些資訊？請勾選所有適用項目。

<p><u>一般許可：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 所有來自上方勾選之 DHHS 辦公室的健康資訊</p> <p><input type="checkbox"/> 請求或造訪資料 (關於造訪醫療服務提供者的資訊)</p> <p><input type="checkbox"/> 帳單、付款、收入、銀行往來、稅務、資產或確認您是否符合 DHHS 計畫福利所需的資料</p> <p><input type="checkbox"/> 限於下列日期或類型的資訊：(例如，「2017 年 6 月 2 日的化驗」或「2015-2017 期間的請求」)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>	<p><u>特別許可：藥物/酒精濫用轉介或服務</u></p> <p><input type="checkbox"/> 在揭露內容中包括所有藥物/酒精濫用資訊</p> <p><input type="checkbox"/> 只包括勾選的特定藥物/酒精濫用記錄：</p> <p><input type="checkbox"/> 診斷與治療</p> <p><input type="checkbox"/> 門診記錄與出院摘要</p> <p><input type="checkbox"/> 藥物/酒精濫用歷史或摘要</p> <p><input type="checkbox"/> 付款與請求資訊</p> <p><input type="checkbox"/> 生活狀態與社會支援</p> <p><input type="checkbox"/> 藥物、劑量或供應量</p> <p><input type="checkbox"/> 化驗結果</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
<p><u>特別許可：心理/行為健康服務</u></p> <p><input type="checkbox"/> 在揭露內容中包括此資訊</p> <p><input type="checkbox"/> 在揭露之前我要先檢視我的心理健康/行為健康記錄。我瞭解此檢視過程會在受監督的狀態下進行。</p> <p>請注意： 只要我們有盡合理努力通知您揭露行為，緬因州法律允許我們分享此資訊給其他醫療服務提供者和健康計畫，來協調您的照護 (以有助於為您提供照護)。</p>	<p><u>特別許可：HIV/AIDS 狀態/檢驗結果</u></p> <p><input type="checkbox"/> 在揭露內容中包括此資訊</p> <p>請注意： 緬因州法律要求我們告知您揭露 HIV/AIDS 資訊所可能造成的影響。例如，揭露此資訊會讓您獲得更完整的照護，但如果您的資料遭濫用，可能會遭到歧視。DHHS 會依照法律規定保護您的 HIV 資料以及您的所有資訊。</p>

您是否要求 DHHS 透過電子郵件傳送您的資訊？ 是

雖然 DHHS 會對我的資訊提供隱私與安全保護，但我瞭解電子郵件與網際網路存在 DHHS 無法控制的風險。我使用電子郵件傳送的資訊可能會遭第三方讀取。我接受這些風險，並仍要求 DHHS 透過電子郵件傳送我的資訊。在
這裡簽名 _____

DHHS 應透過電子郵件將您的資訊傳送到哪裡？請以正楷清楚填寫您的電子郵件地址：

揭露的資訊可以用於何種目的？請勾選或填寫您的回答。

協調或管理我的照護 法律訴訟所需，包括提供證詞
 個人申請 瞭解我是否符合福利或保險的資格 其他 _____

請勾選並於下方以正楷清楚填寫： 將我的資訊傳送到 我的資訊的取得來源：

姓名 _____ 地址 _____ 市，州，郵遞區號 _____ 電話 _____	姓名 _____ 地址 _____ 市，州，郵遞區號 _____ 電話 _____
傳真號碼 _____	傳真號碼 _____

我瞭解並同意：

- 「資訊」可以是書面、談話及/或電子格式。
- 此表格將於下列日期的一年後到期，除非我於此之前撤銷（撤回）我的許可。
- 若要撤回我的許可，我應填寫可在 <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> 取得的撤銷書，並將其提交到我接受服務的辦公室。此撤銷不適用於 DHHS 在我許可的情況下已揭露的資訊。
- 如果我撤回我的許可或拒絕揭露我的一部或全部資訊，我的選擇可能導致不適當的診斷或治療，或是保險給付遭拒。
- 我允許此授權書上所列的人員及/或辦公室，因為此授權書上之目的所需彼此互相討論。
- 我的 DHHS 檔案中由其他服務提供者（例如醫師、醫院和諮商師）提供的健康資訊，包括在此揭露之內。

- 除非我申請福利，DHHS 不會根據我是否簽署此授權書而決定我的治療、服務的給付或福利。
- DHHS 辦公室會依照法律規定，保護我資訊的機密狀態。如果我選擇與其他法律未要求保持資訊機密狀態的人員分享我的資訊，則我的資訊可能不再受到聯邦保密法律的保護。
- 如果此揭露中包括酒精或藥物濫用治療或計畫（藥物使用疾患）記錄，DHHS 應隨附通知，註明此類資訊在未獲得我書面許可的情況下，不得再次揭露或分享。

我自願簽署此授權書。 如果我提出要求，有權獲得一份此授權書的已簽名副本。

日期： _____ 簽名 _____

個人代表授權簽署： _____