

Ủy Quyền Tiết lộ Thông tin Sức khỏe

Chỉ dành sử dụng Văn phòng – ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI SCDHHS

Tên người nộp đơn / người thụ hưởng			
(Họ)		(Tên đệm)	
(Tên)			
Số an sinh xã hội.	Ngày tháng năm sinh	Số hộ gia đình / ID ứng dụng	

**** VUI LÒNG ĐỌC CÁ TRẠNG CỦA MẪU NÀY TRƯỚC KHI ĐĂNG NHẬP BÊN DƯỚI ****

Tôi tự nguyện ủy quyền và yêu cầu tiết lộ (bao gồm trao đổi bằng văn bản, bằng lời nói và điện tử) về:

NHỮNG THỨ: *Tất cả hồ sơ y tế, hồ sơ giáo dục của tôi và các thông tin khác liên quan đến khả năng thực hiện nhiệm vụ của tôi. Điều này bao gồm sự cho phép cụ thể để phát hành những thứ sau:*

- Tất cả hồ sơ và thông tin khác liên quan đến việc điều trị, nhập viện và chăm sóc ngoại trú về (các) tình trạng khuyết tật của tôi bao gồm, nhưng không giới hạn ở:
 - Tâm lý, tâm thần hoặc (các) suy giảm tâm thần khác (không bao gồm "ghi chú trị liệu tâm lý" như được định nghĩa trong 45 CFR 164.501)
 - Lạm dụng ma túy, nghiện rượu hoặc lạm dụng chất kích thích khác.
 - Thiếu máu hồng cầu hình liềm.
 - Nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV), bao gồm cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc xét nghiệm HIV hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục
 - Suy giảm liên quan đến gen, bao gồm cả kết quả xét nghiệm di truyền
- Thông tin về (các) khuyết tật của tôi ảnh hưởng như thế nào đến khả năng hoàn thành nhiệm vụ và các hoạt động sống hàng ngày và ảnh hưởng đến khả năng làm việc của tôi
- Bản sao các bài kiểm tra hoặc đánh giá giáo dục, bao gồm các chương trình giáo dục cá nhân hóa, đánh giá ba năm một lần, đánh giá tâm lý và lời nói, quan sát và đánh giá của giáo viên, và bất kỳ hồ sơ nào khác có thể giúp đánh giá chức năng
- Thông tin được tạo trong vòng 12 tháng sau ngày ký ủy quyền này cũng như thông tin trong quá khứ

TỪ AI:

- Tất cả các nguồn y tế (bệnh viện, phòng khám, phòng thí nghiệm, bác sĩ, nhà tâm lý học, v.v.), bao gồm sức khỏe tâm thần, điều trị cai tạo và nghiện và các cơ sở chăm sóc sức khỏe VA
 - Tất cả các nguồn giáo dục (trường học, hồ sơ giáo viên, quản lý, cố vấn, v.v.)
 - Nhân viên xã hội / nhân viên tư vấn phục hồi
 - Tư vấn giám định
 - Người sử dụng lao động
- Những người khác có thể biết về tình trạng của tôi (gia đình, hàng xóm, nhân viên cộng đồng)

PHẦN NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI SCDVR (nếu cần) để có thêm thông tin xác định đối tượng (ví dụ: các tên khác được sử dụng), nguồn cụ thể hoặc tài liệu sẽ được sử dụng.

CHO AI: Cơ quan Nhà nước được phép xử lý trường hợp của tôi (thường được gọi là “SCVRD”) bao gồm các dịch vụ sao chép hợp đồng, bác sĩ hoặc các chuyên gia khác đã tư vấn trong quá trình xác định tình trạng khuyết tật.

MỤC ĐÍCH: Tôi đồng ý tiết lộ thông tin sức khỏe của mình để xác định xem tôi có đáp ứng các tiêu chí về tình trạng khuyết tật hay không để xác định tính đủ điều kiện nhận quyền lợi Medicaid

HẾT HẠN KHI NÀO: Ủy quyền này có hiệu lực trong 12 tháng kể từ ngày ký bên dưới.

TÔI HIỂU RẰNG:

- Tôi có thể viết thư cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nam Carolina để thu hồi Ủy quyền này bất kỳ lúc nào.
- Có một số trường hợp mà thông tin có thể được tiết lộ lại cho các bên khác liên quan đến việc xác định tính đủ điều kiện của Medicaid.
- Tôi có thể nhận được một bản sao của biểu mẫu này theo yêu cầu.
- Tôi có thể yêu cầu nguồn cho phép tôi kiểm tra hoặc lấy một bản sao của tài liệu được tiết lộ.

Chữ ký của Người nộp đơn (Người nộp đơn xin Quyền lợi HOẶC Cha mẹ / Người giám hộ nếu Người nộp đơn dưới 18 tuổi):		Mối quan hệ với Người nộp đơn:
Chữ ký của Người đại diện Pháp lý (nếu Người nộp đơn Không thể ký do vấn đề Sức khỏe):		Ngày:
Chữ ký của Trẻ em (Bắt buộc nếu Người nộp đơn từ 12 đến 18 tuổi):	☐ Giấy ủy quyền hoặc tài liệu giám hộ hợp pháp được đính kèm nếu có chữ ký của Người đại diện theo pháp luật.	
Người làm chứng:	Người làm chứng nếu ký bằng “X”:	

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN CHO CỤC PHỤC HỒI NGHỀ NGHIỆP SC (SCVRD)

Chúng tôi cần sự ủy quyền bằng văn bản của bạn để giúp lấy thông tin cần thiết để xử lý đơn xin trợ cấp của bạn. Luật pháp và quy định yêu cầu các nguồn thông tin cá nhân phải có ủy quyền đã được ký trước khi phát hành cho chúng tôi. Ngoài ra, luật pháp yêu cầu ủy quyền cụ thể cho việc tiết lộ thông tin về các điều kiện nhất định và từ các nguồn giáo dục.

Bạn có thể cung cấp ủy quyền này bằng cách ký vào Mẫu 921. Luật liên bang cho phép các nguồn có thông tin về bạn tiết lộ thông tin đó nếu bạn ký một ủy quyền duy nhất để tiết lộ tất cả thông tin của bạn từ tất cả các nguồn có thể của bạn. Chúng tôi sẽ tạo bản sao của nó cho mỗi nguồn. Một số nguồn thông tin yêu cầu ủy quyền phải nêu tên cụ thể nguồn mà bạn cho phép tiết lộ thông tin cá nhân. Trong những trường hợp đó, chúng tôi có thể yêu cầu bạn ký một ủy quyền cho mỗi nguồn và chúng tôi có thể liên hệ lại với bạn nếu chúng tôi cần bạn ký thêm ủy quyền.

Bạn có quyền thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào, trừ trường hợp nguồn thông tin đã dựa vào nó để thực hiện hành động. Để thu hồi, hãy gửi một tuyên bố bằng văn bản đến Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh, Dịch vụ Ghi danh và Thành viên Nam Carolina, P.O. Box 8206, Columbia, S.C. 29202-8206. Nếu bạn làm vậy, bạn hãy gửi một bản sao trực tiếp đến bất kỳ nguồn nào của bạn mà bạn không muốn tiết lộ thông tin về bạn nữa. SCDHHS có thể cho bạn biết nếu chúng tôi xác định được bất kỳ nguồn nào mà bạn không cho chúng tôi biết. Thông tin đã tiết lộ trước khi thu hồi có thể được SCDHHS sử dụng để quyết định yêu cầu của bạn.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG, BAO GỒM CÁC THÔNG BÁO BẮT BUỘC THEO HÀNH VI QUYỀN RIÊNG TƯ

Tất cả thông tin cá nhân do SCDHHS / SCVRD thu thập được bảo vệ bởi Đạo luật về quyền riêng tư năm 1974. Khi thông tin y tế được tiết lộ cho SCDHHS / SCVRD, thông tin đó không còn được bảo vệ bởi các điều khoản về quyền riêng tư về thông tin sức khỏe của 45 CFR phần 164 (được ủy quyền bởi Đạo luật về trách nhiệm giải trình và Khả năng cung cấp Bảo hiểm sức khỏe (HIPAA)). SCDHHS / SCVRD lưu giữ thông tin cá nhân phải tuân thủ nghiêm ngặt các quy định của Tiêu bang 19-903, 19-933, 19-963 và 19-983.

Chúng tôi sử dụng thông tin thu được với biểu mẫu này để xác định tính đủ điều kiện nhận trợ cấp của bạn. Trong một số trường hợp, thông tin của bạn cũng có thể được nhân viên SCDHHS và các nhà thầu xem xét để xử lý khiếu nại của bạn về một quyết định và có thể được sử dụng trong bất kỳ thủ tục hành chính, dân sự hoặc hình sự liên quan nào.

Việc ký vào biểu mẫu này là tự nguyện, nhưng việc không ký hoặc thu hồi trước khi chúng tôi nhận được thông tin cần thiết, có thể ngăn cản quyết định chính xác hoặc kịp thời về yêu cầu của bạn và có thể dẫn đến việc bị từ chối hoặc mất quyền lợi.

Thông báo về Không đối xử phân biệt

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Nam Carolina (SCDHHS) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính. SCDHHS không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính.

SCDHHS cung cấp hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật, chẳng hạn như thông dịch viên và thông tin viết ở các định dạng khác (chữ in lớn, chữ nổi Braille, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác). Chúng tôi cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như thông dịch viên đủ điều kiện và thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác. Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Janet Bell, ADA và Viên chức Dân quyền, qua đường bưu điện theo địa chỉ: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206; qua điện thoại theo số: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620); hoặc qua email tại: Civilrights@scdhhs.gov.

Nếu bạn tin rằng SCDHHS đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính, bạn có thể nộp đơn khiếu nại với Viên chức Dân quyền bằng cách sử dụng thông tin liên hệ được cung cấp ở trên. Bạn có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua đường bưu điện hoặc email. Nếu bạn cần trợ giúp trong việc nộp đơn khiếu nại, chúng tôi sẵn sàng trợ giúp bạn.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền dân sự, bằng phương thức điện tử thông qua Cổng thông tin khiếu nại của Văn phòng về Quyền dân sự, có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua thư hoặc điện thoại tại: Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, 200 Đại lộ Độc lập, SW, Phòng 509F, Tòa nhà HHH, Washington, DC 20201 hoặc qua điện thoại theo số: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Các mẫu khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Dịch vụ ngôn ngữ

Nếu ngôn ngữ chính của bạn không phải là tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho bạn. Gọi: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).
