

MSSP - 使用及披露授權 受保護健康資訊

參與者姓名：_____ MSSP #: _____

本人特此授權 MSSP 獲取、發佈、使用與披露下列受聯邦、州及/或當地法律 保護之有關本人資訊，以供 MSSP 確定本人獲得 MSSP 服務的資格，提供護理管理及健康/心理社會評估，並執行相關管理職能。

參與者要使用或披露的受保護健康資訊的描述。檢查所有適用項目。

身體受傷、疾病或狀況

精神（心理學或精神病學）疾病或狀況

酒精成癮及/或濫用藥物

已獲得之現金援助、Medi-Cal 福利或其他社會和健康服務

其他（如有選中，須描述）：_____

披露供應商。檢查所有適用項目。如有選中一個框，請提供供應商名稱。

醫療服務供應商及設施：_____

社會服務供應商：_____

Medi-Cal 計劃，包括 IHSS：_____

社區支援供應商：_____

金融機構及供應商：_____

其他（列出供應商類型及名稱）：_____

其他（列出供應商類型及名稱）：_____

披露個人。檢查所有適用項目。如已選中一個框，請提供與此人之關係及姓名。

MSSP 出於以下目的使用或披露參與者的受保護健康資訊：

確定參與者的 MSSP

資格、他們的護理管理、他們的健康/心理社會評估以及工作人員的管理目的。

本人了解本人對本授權享有以下權利：

1. [Name of MSSP site] _____，作為受保護健康資訊接收者不得進一步披露該資訊，但 [Name of MSSP site] _____ 獲得本人另一項授權或法律允許披露的情況除外。
2. 本人不需要簽署本授權書作為獲得治療（即服務）或付款或本人合資格獲得福利的條件。
3. [Name of MSSP site] _____ 將向本人提供此授權的副本。
4. 本人可隨時以郵寄或親自向 [Name of MSSP site] _____ 寄出簽名的書面撤銷通知以撤銷此授權。此類撤銷將在收到後生效，但 [Name of MSSP site] _____ 已根據本授權採取行動的情況除外。此類撤銷將一直維持有效，直至本人以書面形式授權發佈受保護的健康資訊，但法律要求或允許發佈受保護健康資訊的情況除外。
5. 本人知悉，無論本人是否要求任何其他撤銷，本授權將自本授權之日起兩 (2) 年自動失效。

6. [Name of MSSP site] _____
不會將受保護健康資訊用於行銷用途，也不會因使用或披露本人受保護健康資訊而獲得補償。

本授權將於[specific date] _____或自簽署之日起
2（兩）年後失效。如需要在到期日
期前撤銷提供商或個人的許可，請在提供商/個人旁邊註明到期日期的首字母和日期。

接受並同意：

打印名稱	簽名	日期
------	----	----

如由個人代表簽署：

關係	地址	電話
----	----	----