



MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345



如何联系我们

上网: <https://healthyrhode.ri.gov>

有关可负担医疗保险或社会服务计划的问题, 请致电  
公众服务厅 (Department of Human Services, DHS):  
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

### 罗德岛州

### MEDICAID 长期服务和支持续期

(Katie Beckett 资格、老年人和残障成人居家和社区服务、护理机构、BHDDH 和 PACE)

需要采取的行动: 查看我们有关您的存档信息

每年, 我们都必须审查您的案件, 以确定您是否仍有资格获得 Medicaid。我们根据您提供给我们的信息来决定您是否仍符合资格。然后, 我们使用电子验证工具检查这些信息。根据外部验证和您提供给我们的信息, 我们无法确定您或您的家庭成员是否仍有资格获得 Medicaid。为了继续您的 Medicaid 资格并且不失去保险, 请查看整个通知, 更新适用的信息, 在下面列出的日期之前签署并返回续期表格。如果您未在下列日期之前提供已签名的续期表格, 系统将相应地评估并确定您是否有资格获得健康保险。

计划名称	姓名	当前福利计划终止日期
Medicaid	[REDACTED]	06/01/2023

请在下列日期之前提交以下文件和已签名的续期表格。如果您未在下列日期前提供文件, 系统将相应地评估并确定您是否有资格获得健康保险。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



姓名	我们需要以下信息:	信息截止日期:	可接受的证明示例 (请交回以下其中之一):
G [REDACTED] P [REDACTED]	非劳动收入 (包括临时残疾保险, 或退休、遗属保险、残疾保险)	05/01/2023	最近的支票存根 付款人/机构的信件或文件 法庭记录或其他法律文件 律师记录 部落来信 贷方声明 银行或其他财务报表 奖学金通知书 AP-91 借款合同 子女抚养费法院命令 提供照顾的父母的声明 支持协议

本表格必须在 05/01/2023 之前交回。如果我们在该日期前没有收到此签字表格, Medicaid LTSS 承保资格将不予续期, 您将于 05/31/2023 失去保险。

**我需要报告哪些变化?**

- **收入:** 我们需要了解 LTSS 受益人在确定每月必须支付的护理费用时考虑的任何配偶或受抚养人的收入发生任何变化。如果续期对象是符合 Katie Beckett 资格的子女, 我们只需了解该子女的收入情况。护理费用无需缴费。
- **资源:** 我们还需要了解 LTSS 受益人的资源是否增加, 以及/或者受益人完全拥有或共同拥有的任何资源是否已出售或转让给他人。
- **地址和居住安排:** 告诉我们 LTSS 受益人是否已经搬迁或更改了地址, 是否进入或离开了辅助生活住所、疗养院或集体住宅, 或者是否处于新的或不同的共享生活安排中。
- **业主有意返回主要住所:** 仅适用于护理机构居民: 如果您拥有一套房子作为您的主要住所, 我们认为您打算在未来适当的时候返回该住所居住。如果您的所有权或返回该住所的意图发生变化, 请更新下面的第 5 部分。
- **家庭和住家情况:** 我们需要了解受益人的家庭是否发生了变化, 例如, LTSS 受益人的配偶或受抚养人是否死亡、离婚、与他人结婚, 或搬入、搬出或出售了未计入资源的房屋。符合 Katie Beckett 资格的子女在续期时无需提供此信息。
- **移民身份:** 如果非公民 LTSS 受益人和/或担保人的移民身份自初次申请或上次续期之日起发生变化, 您必须告知我们。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



## 如何报告变化情况并续期我的 Medicaid 保险?

有几种方法可以报告变更情况。请仔细阅读以下说明。

- **邮寄:** 如果您选择通过邮寄回复, 请将变化的信息写在本通知的“Updated Information (更新信息)”栏中。如果没有预先打印的信息, 并且您要返回此表格, 请在方框中填写“CURRENT INFORMATION (当前信息)”。请务必在表格上签名并注明日期。表格可以邮寄到本通知顶部的地址。Katie Beckett 符合资格的子女应将表格发送至 DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **送至 DHS 办公室:** 如果您选择将表格交给 DHS 办公室, 请按照上面列出的邮寄说明进行操作。有关办公室地点, 请访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 或致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)。
- **在线:** 您也可以登录 <https://healthyrhode.ri.gov> 进入您的“User Account” (用户账户) 进行更改。

### 在线查看您的账户

您可以通过在 <https://healthyrhode.ri.gov> 登录您的账户来获取您的福利信息。

您可以通过使用用户名 GP [REDACTED] 访问您的账户。如果您不记得密码, 可访问 <https://healthyrhode.ri.gov>, 点击“LOG IN” (登录), 然后点击“Forgot Username/Password?” (忘记用户名/密码?) 找回密码。通过您的账户, 您可以申请和续期福利并报告变化。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



LTSS 续期表格

说明: 请仔细阅读此表, 并写入已更改的受益人信息。请务必签署并返回完整的续期表格, 包括此页面, 即使您没有要报告的变化。

受益人联系方式

	当前信息	更新信息
主要联系人及与受益人的关系	██████████ Self	
邮寄地址	██████████ 35758	
	当前信息	更新信息
LTSS 受益人现居住地址	██████████ 02861	
	当前信息	更新信息
电话号码	808 ██████████	
电子邮箱	██████████@gmail.com	
授权代表姓名	当前信息	更新信息

1. 收入:

自受益人首次申请或上次续期以来, 收入是否有任何变化? 我们需要了解受益人收入的任何变化。我们还需要了解任何配偶和受抚养人的姓名和收入, 我们在确定 LTSS 成年受益人必须支付的护理费用时必须考虑这些。

如果方框为空白, 请提供所需的信息。

如果方框是预印的, 请划掉错误信息, 并在下面的空行中提供正确信息。添加任何新受抚养人的姓名和收入。

将新的或更正后的收入金额证明与本表格一起寄出。

注: 对于符合 **Katie Beckett** 资格的子女, 请仅填写该子女的收入。

如果不需要报告收入变化, 请打勾

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



姓名	社会安全号码 (SSN)	出生日期	与 LTSS 受益人的关系	收入/类型
G [REDACTED] P [REDACTED]	XXX-XX-[REDACTED]	[REDACTED] 939	Self	\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

## 2. 资源

自 LTSS 受益人首次申请或上次续期以来, 受益人所拥有的资源是否有任何变化, 包括增加或减少? 如果 LTSS 受益人有任何新的或变化的资源 (出售或转让), 请在下面的 “current information” (当前信息) 中列出。如果表格是预先打印的, 请划掉错误的信息, 并在右边的方框中提供正确的更新信息。

**注:** 资源包括手头现金、储蓄和支票账户、存款单、股票、债券、应付帐款、信托基金、企业所有权等。

如果不需要报告资源变化, 请打勾。

所有人姓名	资源	当前信息	更新信息
	车辆	-	
	支票/储蓄	-	
	股票/债券	-	
	存款证明	-	
	货币市场账户	-	
	企业所有权	-	
	年金	-	
	IRA、401K、403B、 Keogh 账户	-	
	殡葬合同或账户	-	
[REDACTED]	其他	\$ 100,000.00	

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



2a. 信托

如果 LTSS 受益人或代表受益人行事的人在过去六十 (60) 个月内将遗产、财产、保险理赔、IRA 分配、殡葬合同、股票投资组合、信托基金、年金计划、经纪账户、保险理赔等任何有价物品设立或转移到信托中，请填写下面的方框并提交证明。

如果不需要报告信托活动，请打勾。

描述项目	行动日期	信托物品的价值/数量

3. 房地产，包括 LTSS 受益人的住宅

自首次申请或上次续期以来，受益人在不动产/财产（如房屋或土地）中的所有者权益是否有任何变化？请在下面的方框中填空或更正任何错误信息，并将与销售、转让和收入有关的变更文件发送给我们。

无需报告房地产/财产变化。

不动产和其他财产		
1.主要住处	当前信息	更新信息
	-	
配偶/受抚养人住处	当前信息	更新信息
	-	
房产收入 - 租金或租赁	当前信息	更新信息
	-	
出售/转让日期	当前信息	更新信息
	-	

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



2.其他房产/住所(地址)	当前信息	更新信息
	-	
资产价值 - 价值减去任何留置权、 债务、贷款	当前信息	更新信息
	-	
房产收入 - 租金或租赁	当前信息	更新信息
	-	
出售/转让日期	当前信息	更新信息
	-	

**4.健康保险承保范围**

通过填写空白处或更正下一行空白框中预先打印的信息, 提供有关为受益人提供保险的所有健康保险形式的最新完整信息。包括雇主、退休人员和其他私人健康计划; 牙科、眼科和其他补充计划; 以及 Medicare、Tricare 和类似的政府计划。

请寄送这些计划的所有新的和经更新的健康保险卡的正反面复印件。

如果不需要报告健康保险范围变化, 请打勾

健康保险	保单持有人姓名	保单号码	每月保费

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



第 5 节: 仅适用于护理机构居民

返回主要住所的意愿

如果您目前居住在护理机构, 但拥有自己的住房, 请填写此表。

本人 \_\_\_\_\_ 特此证明, 本人拥有位于  
(申请人/受益人姓名)

于 \_\_\_\_\_  
(街道地址) (城市) (州和邮编)

此外, 我证明该房地产是我的主要住所;

我拥有上述房地产: (请选择一项)

Solely

Jointly

Tenants in common

Life Estate

我理解并同意, 我有责任 (在十 (10) 天内) 通知 DHS 我对该房地产所有权的任何变更。我还同意, 如果我返回上述不动产居住的意向发生任何变化, 我将通知 DHS; 因此, 我报告如下变化: (请在下面写明变化情况)

---

---

---

---

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





罚款警告	
“在作伪证的处罚下，我宣誓本续期表格已由我本人审阅或向我本人宣读，并且据我所知，其中的事实是真实和完整的。如本人代表他人申请，本人宣誓本申请表已由申请人本人审阅或向其宣读，就其所知，事实真实完整。”	
客户或授权代表签名 日期:	
配偶或家长签名 日期:	
监护人/保管人/授权书持有人签名 日期:	
电话号码	办公室见证人签名 日期: ( )



您同意共享用于资格决定的数据

如果我们能够与了解您和您家人的其他机构和专业人士合作，我们可以更好地帮助您。勾选“**I Agree**”（我同意）框，即表示您允许我们从各种来源获取、使用和共享有关您的机密信息，包括罗德岛州劳动和培训厅 (R.I. Department of Labor and Training, DLT)、罗德岛州公众服务厅 (R.I. Department of Human Services, DHS)、罗德岛州卫生与公众服务执行办公室 (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHHS)、罗德岛州卫生厅 (R.I. Department of Health)、罗德岛州惩教厅 (R.I. Department of Corrections, RIDOC)，以及代表医疗补助和联邦医疗保险服务中心 (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) 和社会安全管理局 (Social Security Administration, SSA) 的 Experian。

我们不会因为您不允许我们获取、使用和共享机密信息而拒绝您享受任何福利或访问您有资格参加的任何计划。但是，未经您的同意，我们无法帮助您获得您可能有资格获得的某些计划和支持。您必须同意才能确定您的资格。

您可以通过拨打 1-855-840-HSRI (4774) 联系我们的联系中心，在不填写此同意书的情况下继续购买健康保险，但如果您想知道您是否有资格获得购买保险的任何经济援助，是否有资格享受 Medicaid，您有必要填写此同意。

您通过勾选“**I Agree**”（我同意）框授权的所有信息共享和使用都将符合保护您隐私的所有相关联邦和州法律法规，包括但不限于：《1996 年健康保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)（出版物 L. 104-191 称为 HIPAA）；罗德岛州医疗保健通信和信息保密法 (R.I.G.L. 5-37.3-1 等等)；R.I.G.L. 28-32-5、28-36-12、28-42-38、28-39-19、28-39-22、40.1-5-26、23-3-23、42-12-22、40-6-12 以及所有其他适用法律和法规。信息将通过计算机数据传输共享。

在下面的第一个方框中打勾，即表示我同意获取和使用有关我的保密信息，以确定我是否有资格加入公共资助的健康保险或通过本网站管理的其他公共资助项目、计划、提供和协调福利及付款。

- 我同意共享用于资格决定的数据
- 我不同意，并了解我获得某些计划和支持的资格将受到这一决定的影响

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



您有权享受非歧视性待遇。根据联邦民权法和美国农业部 (U. S. Department of Agriculture, USDA) 的民权法规和政策, USDA、其机构、办事处和雇员, 以及参与或管理 USDA 计划的机构, 在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中, 禁止基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同 (包括性别表达)、性取向、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰的歧视, 或对以前的民权活动进行报复或打击报复 (并非所有依据适用于所有计划)。补救措施和投诉截止日期因计划或事件而异。

需要替代性交流方式以获取计划信息 (如盲文、大字体印刷、录音带、美国手语等) 的残疾人, 应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心, 联系电话: (202) 720-2600 (语音和电传打字机), 或通过联邦电话中转服务联系 USDA, 电话: (800) 877-8339。此外, 可能以英语以外的语言提供计划信息。如需提出计划歧视投诉, 请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027, 可在以下网址在线查阅:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>,

还可以在任何 USDA 办事处找到该表, 或写信给 USDA 以获得表格, 并在信中提供表格中要求的所有信息。

如需投诉表副本, 请致电 (866) 632-9992。将填好的表格或信件提交给 USDA: (1) 邮寄: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) 传真: (202) 690-7442; 或者 (3) 发送电子邮件至: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 是一个机会均等的提供者、雇主和贷方。

根据《1964 年民权法》第六篇 (《美国法典》第 42 卷第 2000d 节及以下)、经修订的《1973 年康复法》第 504 节 (《美国法典》第 29 卷第 794 节)、《1990 年美国残疾人法》 (《美国法典》第 42 卷第 12101 节及以下), 以及《1972 年教育修正案》第九篇 (《美国法典》第 20 卷第 1681 节及以下)、《2008 年食品和营养法》 (以前称为《食品券法》)、《1975 年年龄歧视法》、美国卫生与公众服务部实施条例 (《联邦法规》第 45 编第 80 和 84 部分) 和《美国教育部实施条例》 (《联邦法规》第 34 编第 104 和 106 部分), 以及美国农业、食品和营养服务部 (《联邦法规》第 7 编第 272.6 部分); 卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在其教育和其他计划活动中接受或提供服务、就业或待遇方面不存在基于种族、肤色、民族血统、残疾、宗教、政治信仰、年龄或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS 和 DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉程序的详细信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971。如需使用罗德岛中转电话, 请拨 7-1-1 或拨打以下免费电话号码之一: 听障人士: 1-800-745-5555, 语音信箱: 1-800-745-6575。社区关系联络官是执行民权法第六篇的协调员, 康复服务办公室 (Office of Rehabilitation Services, ORS) 管理员或其指定人员是执行第九篇、第 504 节和 ADA 的协调员。DHS 主任或其指定人员全面负责所有机构计划的公民权利合规工作。EOHHS 部长负责与 Medicaid 计划相关的歧视问题, 任何此类投诉都将相应转介。





## 给检查提供者的说明

您的患者正在向公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 申请服务。请您填写此表，以便医疗审查办公室 (Office of Medical Review, OMR) 确定护理级别。

您需要提供文件以协助提供最能满足该客户当前需求的服务，无论是在护理机构还是在社区服务机构。

为了确保完成申请，您需要提供什么：

1. 请完整填写此 PM-1 表，并及时交回指定的长期护理办公室。**所有部分都必须填写。**
2. PM-1 表是必不可少的；我们鼓励提供其他医疗信息，如用药单，但不能代替此表。

作为检查提供者 (MD、DO、RNP、PA)，您将评估患者的**医疗诊断、当前功能活动、认知状态和治疗**。  
(请使用“当前功能活动”部分中包含的代码。)

预先感谢您的协助。

### 日常生活活动 (参见当前功能活动)

**转移**：在表面之间移动的能力往返于床、椅子、轮椅、站立位置，不包括往返于浴室或卫生间（无论有或没有辅助装置）

**移动**：在个人生活环境中的不同地点之间移动的能力（无论有或没有辅助装置）

**床位移动性**：重新定位身体、左右转动的能力

**着装**：穿上、系紧和脱下所有衣服的能力

**沐浴**：（有效且彻底地）沐浴、淋浴或擦浴的能力，以及进出浴缸或淋浴间（无论有或没有辅助装置）的能力

**如厕**：上下马桶、在排泄后进行自我清洁、更换护垫/内裤、管理造口术或导尿管以及调整衣服的能力

**进食**：使用常规或适应性餐具进食和饮水的能力（还包括切割、咀嚼和吞咽食物）的能力

**个人卫生**：梳头、刷牙、清洗和擦干脸、手和会阴部位的能力

**药物管理**：识别并在正确的时间、途径和剂量正确服用药物的能力

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



### 提供者医疗声明

日期: \_\_\_\_\_ 上次办公室访视日期: \_\_\_\_\_  
申请人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
号码或 MID: \_\_\_\_\_ 性别 (圈选): 男 / 女  
地址: \_\_\_\_\_ 公寓/楼层: \_\_\_\_\_  
城市/城镇: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_  
当前居住安排 (圈选): 独居/与他人同住/其他: \_\_\_\_\_  
设施名称: \_\_\_\_\_ 入院日期: \_\_\_\_\_

#### 诊断: 医疗和行为 (包括病情严重程度) \*无诊断代码

初步诊断 (日期)	其他诊断 (日期)	手术/感染 (包括日期)

康复潜力的预后:

永久残疾 (圈选): 是 / 否

#### 药物: 名称、剂量、频率和途径


#### 疼痛评估

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 诊断: \_\_\_\_\_ 频率: \_\_\_\_\_  
(无) (中等) (严重)

疼痛是否干扰了个人的活动或运动? (圈选) 是/否

药物/治疗是否缓解了疼痛? (圈选) 是/否

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



目前的治疗方法和频率

提供者嘱咐（包括饮食、PT/OT/ST、氧气的具体命令）

疗法:

PT \_\_\_\_ 次/每周, 一共 \_\_\_\_ /周

OT \_\_\_\_ 次/每周 一共 \_\_\_\_ /周

ST \_\_\_\_ 次/每周 一共 \_\_\_\_ /周

呼吸治疗 \_\_\_\_\_

氧气升数 \_\_\_\_\_ PRN  氧含量

化疗/放射治疗

透析

饮食 \_\_\_\_\_

管饲 \_\_\_\_\_

伤口护理: 部位 \_\_\_\_\_

(治疗) \_\_\_\_\_

压力性溃疡数

阶段 \_\_\_\_\_ 尺寸 \_\_\_\_\_ 厘米

膀胱和肠道训练

失禁:

膀胱  是  否 频率 \_\_\_\_\_

肠道  是  否 频率 \_\_\_\_\_

福利氏导管  结肠造口术  尿路造口术

当前功能活动代码（使用这些代码）

**0 = 独立: 没有说话和触摸**

在活动过程中未向个人提供帮助或监督（无论有或没有辅助装置）

**1 = 监督: 说话, 无触摸**

在活动过程中对患者进行监督、提示和鼓励（无论有或没有辅助装置）

**2 = 有限的帮助: 说话和触摸**

个人高度参与活动, 接受身体引导协助, 没有举起个人的任何部位

**3 = 广泛的帮助: 说话、触摸和举起**

个人执行了部分活动, 但照料者提供身体协助来举起、移动或转移个人

**4 = 完全依赖: 照料者的所有行动**

个人不参与活动的任何部分

**5 = 活动没有发生: 无任何行动**

活动不是由个人或照料者执行的

日常生活活动 (AOL)

\_\_\_\_ 床位移动性

\_\_\_\_ 穿衣

\_\_\_\_ 沐浴

\_\_\_\_ 如厕

\_\_\_\_ 进食

\_\_\_\_ 个人卫生

\_\_\_\_ 药物管理

\_\_\_\_ 移动

\_\_\_\_ 转移

请圈选所有适用项:

拐杖、助行器、轮椅、从床上转移到

椅子、卧床不起、跌倒风险

工具性 (AOL)

\_\_\_\_ 家政

\_\_\_\_ 备餐

\_\_\_\_ 购物

\_\_\_\_ 洗衣

患者可以独自外出吗? 是 / 否

患者可以独立使用公共交通工具吗? 是 / 否

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



## 认知状态

患者是否有认知障碍? (圈选) 是/否

MMSE 评分 \_\_\_\_\_ BIMS 评分 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

日常决策的认知技能 (请勾选一项)

- 独立: 决策一致/合理
- 相对独立性: 仅在新情况下有些困难
- 中度受损: 决定能力差/需要提示/监督
- 严重受损: 从不/很少做出决定

行为: 请圈选所有适用项。

请在所提供的行中注明严重程度: 1 = 轻度 2 = 中度 3 = 重度

\_\_\_\_\_ 无判断力

\_\_\_\_\_ 焦虑不安

\_\_\_\_\_ 神志恍惚

\_\_\_\_\_ 记忆丧失

\_\_\_\_\_ 言语上具有攻击性

\_\_\_\_\_ 潜逃

\_\_\_\_\_ 抗拒护理

\_\_\_\_\_ 身体上具有攻击性

\_\_\_\_\_ 其他

患者是否接受心理服务: 是/否 如果是, 在哪里?

患者是否曾住院接受精神科诊断? 是/否 (如果是, 请提供详细信息)

日期: \_\_\_\_\_

医院: \_\_\_\_\_

诊断: \_\_\_\_\_

如果从医疗角度上有必要将患者安置在疗养院, 那么患者是否有可能在 6 个月内重返社区? 是 / 否

提供者 (MD、DO、RNP、PA) 名称 (正楷填写) \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

办公专用

社会个案工作者: \_\_\_\_\_

区办公室: \_\_\_\_\_

表格发送给提供商的日期: \_\_\_\_\_

收到日期: \_\_\_\_\_

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXX

**如何联系我们**

上网: <https://healthyrhode.ri.gov>

有关可负担医疗保险或社会服务计划的问题, 请致电  
公众服务厅 (Department of Human Services, DHS):  
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

**获取或披露机密信息的授权**

此表格不可用作医疗发布表格。  
请不要在此表格上包含任何医疗信息。

本人特此授权罗德岛州公众服务厅从以下人员处获知或向以下人员透露:

姓名 \_\_\_\_\_  
个人、机构或组织

地址 \_\_\_\_\_

以下与本人或本人所负责的下列人员有关的信息:

财务信息 \_\_\_\_\_  
(请注明) (日期)

社会信息 \_\_\_\_\_  
(请注明) (日期)

其它信息 \_\_\_\_\_  
(请注明) (日期)

姓名 (正楷) \_\_\_\_\_  
被要求提供有关信息的人

出生日期 \_\_\_\_\_ 社会安全号码 \_\_\_\_\_

退伍军人保险索赔编号 \_\_\_\_\_

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





案件编号: 775219683

地址 \_\_\_\_\_

申请原因 \_\_\_\_\_

我清楚这些记录受罗得岛州普通法保护，未经书面同意不得披露，除非法律另有明确规定。除非是为了处理本人的援助或服务申请，否则未经本人书面同意，不得以任何方式向本部门以外的任何人或组织进一步转达因本同意书而发布或收到的任何信息。本同意书在终止援助或退出服务时失效，也可随时终止。

客户、家长或监护人签名	与上述关系	日期
-------------	-------	----

姓名（正楷）	DHS 机构代表	头衔
--------	----------	----

区办公室地址 \_\_\_\_\_

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



您有权享受非歧视性待遇。根据联邦民权法和美国农业部 (U. S. Department of Agriculture, USDA) 的民权法规和政策, USDA、其机构、办事处和雇员, 以及参与或管理 USDA 计划的机构, 在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中, 禁止基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同 (包括性别表达)、性取向、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰的歧视, 或对以前的民权活动进行报复或打击报复 (并非所有依据适用于所有计划)。补救措施和投诉截止日期因计划或事件而异。

需要替代性交流方式以获取计划信息 (如盲文、大字体印刷、录音带、美国手语等) 的残疾人, 应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心, 联系电话: (202) 720-2600 (语音和电传打字机), 或通过联邦电话中转服务联系 USDA, 电话: (800) 877-8339。此外, 可能以英语以外的语言提供计划信息。如需提出计划歧视投诉, 请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027, 可在以下网址在线查阅:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>,

还可以在任何 USDA 办事处找到该表, 或写信给 USDA 以获得表格, 并在信中提供表格中要求的所有信息。

如需投诉表副本, 请致电 (866) 632-9992。将填好的表格或信件提交给 USDA: (1) 邮寄: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) 传真: (202) 690-7442; 或者 (3) 发送电子邮件至: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 是一个机会均等的提供者、雇主和贷方。

根据《1964 年民权法》第六篇 (《美国法典》第 42 卷第 2000d 节及以下)、经修订的《1973 年康复法》第 504 节 (《美国法典》第 29 卷第 794 节)、《1990 年美国残疾人法》 (《美国法典》第 42 卷第 12101 节及以下), 以及《1972 年教育修正案》第九篇 (《美国法典》第 20 卷第 1681 节及以下)、《2008 年食品和营养法》 (以前称为《食品券法》), 《1975 年年齡歧视法》、美国卫生与公众服务部实施条例 (《联邦法规》第 45 编第 80 和 84 部分) 和《美国教育部实施条例》 (《联邦法规》第 34 编第 104 和 106 部分), 以及美国农业、食品和营养服务部 (《联邦法规》第 7 编第 272.6 部分); 卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在其教育和其他计划活动中接受或提供服务、就业或待遇方面不存在基于种族、肤色、民族血统、残疾、宗教、政治信仰、年龄或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS 和 DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉程序的详细信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971。如需使用罗德岛中转电话, 请拨 7-1-1 或拨打以下免费电话号码之一: 听障人士: 1-800-745-5555, 语音信箱: 1-800-745-6575。社区关系联络官是执行民权法第六篇的协调员, 康复服务办公室 (Office of Rehabilitation Services, ORS) 管理员或其指定人员是执行第九篇、第 504 节和 ADA 的协调员。DHS 主任或其指定人员全面负责所有机构计划的公民权利合规工作。EOHHS 部长负责与 Medicaid 计划相关的歧视问题, 任何此类投诉都将相应转介。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





MEDICAID RECIPIENT  
123 MAIN ST  
CITY, RI 12345



如何联系我们

上网: <https://healthyrhode.ri.gov>

有关可负担医疗保险或社会服务计划的问题, 请致电公众服务厅 (Department of Human Services, DHS): 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

### 披露/使用健康信息的授权

说明: 填写所有部分、日期并签名

一. 我 \_\_\_\_\_ 特此自愿授权披露我的记录中的信息。

(申请人/患者姓名)

我的出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

我的社会安全号码: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

二. 我的信息将由

披露, 并提供给:

\_\_\_\_\_  
(个人/组织名称)

\_\_\_\_\_  
(个人/组织名称)

\_\_\_\_\_  
(地址)

\_\_\_\_\_  
(地址)

\_\_\_\_\_  
(城市、州、邮政编码)

\_\_\_\_\_  
(城市、州、邮政编码)

三. 披露此信息的目的或需求是:

我正在申请医疗援助

我个人和私人原因

我正在申请其他 DHS 服务

其他 (说明)

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



四. 需披露的信息: (仅勾选以下一项)

- 完整的健康记录  健康保险信息
- 下面第六部分中的所有信息 (除了我选中的方框)
- 其他 (请说明): \_\_\_\_\_
- 仅心理治疗笔记 (勾选此框表示我放弃心理治疗师与患者之间的特权)

我还希望披露以下敏感信息 (勾选适用的方框)

- 酒精/药物滥用治疗/转诊  HIV/艾滋病相关治疗
- 性传播疾病  心理健康 (心理治疗笔记除外)

五. 我了解, 如果我正在申请注册、重新认证或其他服务, 此授权书涵盖我的所有医疗/保健提供者, 包括上述提供者以及我在公众服务厅的计划书面申请中和 DHS 必要表格 (特别是 AP-70 表格和 MA-63 表格) 中告知您的任何其他人士、机构、计划或方案。我进一步了解到, 此授权书是获得资格和服务的必要条件, 而且只能用于此目的。因此, 如果我未签署此授权书, 可能会影响我的资格和/或我可能获得的服务范围。

此外, 我同意使用本表格的传真或复印件来发布或披露信息。

我还了解, 我可以在任何时候以书面形式向公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 撤销本授权, 如果我撤销授权, DHS 可以根据我撤销授权的决定来决定我是否有资格获得服务。此外, 在我撤销本授权之前向 DHS 披露的任何信息, 以及通过本授权向其他方披露的任何信息, 可能不再受《健康保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 隐私规则 (《联邦法规》第 45 卷第 164 节) 和《1974 年隐私法案》(5 USC 552a) 的保护。如果本授权未被撤销, 则将在本人签名之日起一年后终止, 除非本人在下一行指定了不同的终止日期或终止事件。

(如果与下列签名日期后一年不同, 请输入)

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
授权代表签名

\_\_\_\_\_  
与患者的关系

\_\_\_\_\_  
日期



六. 我不想透露的具体信息: (勾选适用的方框)

- |                                      |                               |                                |                                |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 带实验室数据的出院总结 | <input type="checkbox"/> 进度记录 | <input type="checkbox"/> 实验室数据 | <input type="checkbox"/> 精神科检查 |
| <input type="checkbox"/> 病史和身体检查     | <input type="checkbox"/> 治疗计划 | <input type="checkbox"/> 心理测试  | <input type="checkbox"/> 社会服务史 |
| <input type="checkbox"/> 职业          | <input type="checkbox"/> 医疗   | <input type="checkbox"/> 教育    | <input type="checkbox"/> 财务    |
| <input type="checkbox"/> 最小数据集       | <input type="checkbox"/> 护士笔记 | <input type="checkbox"/> 护理计划  | <input type="checkbox"/> 牙科记录  |
| <input type="checkbox"/> 照片/视频/数码图像  | <input type="checkbox"/> 帐单   | <input type="checkbox"/> 顾问报告  | <input type="checkbox"/> 饮食记录  |
| <input type="checkbox"/> 紧急护理记录      | <input type="checkbox"/> X光报告 | <input type="checkbox"/> 诊断结果  |                                |

**DHS-25M 表格填写说明**  
**使用或披露健康信息的授权**

1. 使用黑色墨水在所有字段中清晰填写。
2. 第一部分 - 请用正楷填写将被发布信息的患者姓名。
3. 第二部分 - 请用正楷填写授权发布信息的个人/组织的姓名和地址。另外, 请提供接收信息的人员姓名、单位和地址。
4. 第三部分 - 请说明需要该信息的原因(如残疾索赔、持续医疗护理等)
5. 第四部分 - 勾选列出的方框之一
  - a) 全部记录 - 患者的完整医疗记录, 敏感信息除外(如酗酒/药物滥用治疗转诊、性传播疾病、HIV/艾滋病相关治疗以及精神健康/心理治疗笔记除外)
  - b) 以下第六部分中的所有信息(我勾选的方框除外) - 患者应仅勾选不希望披露信息的方框
  - c) 其他(请注明) - 患者指定的特定信息(例如, CHS、账单、员工健康信息)
  - d) 仅心理治疗笔记 - 为了授权使用或披露心理治疗笔记, 本表格中仅应勾选此方框。在授权使用或披露其他健康记录信息时, 不得同时授权使用或披露心理治疗记录。

心理治疗记录通常被称为过程记录, 有别于医疗记录中的进展记录。这些笔记记录了治疗师对患者的印象, 包含被认为不适合在医疗记录中记录的心理治疗谈话细节, 以及被医疗服务提供者用于未来的治疗。这些笔记通常单独保存以限制他人访问, 因为其中包含的敏感信息除治疗提供者外与其他人无关。
  - e) 敏感信息的披露 - 请勾选酗酒-药物滥用治疗/转诊、HIV/艾滋病相关治疗、性传播疾病、精神健康(心理治疗笔记除外) - 患者必须勾选相应的方框!



案件编号: 775219683

6. 第五部分 - 签名和日期。如果需要不同的到期日期, 请指定新日期。
7. 第五部分 - 授权代表 (例如法定监护人、授权书)
8. 第六部分 - 患者不想透露的具体信息。
9. 将向患者提供一份填妥的 DHS-25M 表格副本。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



您有权享受非歧视性待遇。根据联邦民权法和美国农业部 (U. S. Department of Agriculture, USDA) 的民权法规和政策, USDA、其机构、办事处和雇员, 以及参与或管理 USDA 计划的机构, 在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中, 禁止基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同 (包括性别表达)、性取向、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰的歧视, 或对以前的民权活动进行报复或打击报复 (并非所有依据适用于所有计划)。补救措施和投诉截止日期因计划或事件而异。

需要替代性交流方式以获取计划信息 (如盲文、大字体印刷、录音带、美国手语等) 的残疾人, 应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心, 联系电话: (202) 720-2600 (语音和电传打字机), 或通过联邦电话中转服务联系 USDA, 电话: (800) 877-8339。此外, 可能以英语以外的语言提供计划信息。如需提出计划歧视投诉, 请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027, 可在以下网址在线查阅: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>, 还可以在任意 USDA 办事处找到该表, 或写信给 USDA 以获得表格, 并在信中提供表格中要求的所有信息。如需投诉表副本, 请致电 (866) 632-9992。将填好的表格或信件提交给 USDA: (1) 邮寄: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) 传真: (202) 690-7442; 或者 (3) 发送电子邮件至: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 是一个机会均等的提供者、雇主和贷方。

根据《1964 年民权法》第六篇 (《美国法典》第 42 卷第 2000d 节及以下)、经修订的《1973 年康复法》第 504 节 (《美国法典》第 29 卷第 794 节)、《1990 年美国残疾人法》 (《美国法典》第 42 卷第 12101 节及以下), 以及《1972 年教育修正案》第九篇 (《美国法典》第 20 卷第 1681 节及以下)、《2008 年食品和营养法》 (以前称为《食品券法》), 《1975 年年龄歧视法》、美国卫生与公众服务部实施条例 (《联邦法规》第 45 编第 80 和 84 部分) 和《美国教育部实施条例》 (《联邦法规》第 34 编第 104 和 106 部分), 以及美国农业、食品和营养服务部 (《联邦法规》第 7 编第 272.6 部分); 卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在其教育和其他计划活动中接受或提供服务、就业或待遇方面不存在基于种族、肤色、民族血统、残疾、宗教、政治信仰、年龄或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS 和 DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉程序的详细信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971。如需使用罗德岛中转电话, 请拨 7-1-1 或拨打以下免费电话号码之一: 听障人士: 1-800-745-5555, 语音信箱: 1-800-745-6575。社区关系联络官是执行民权法第六篇的协调员, 康复服务办公室 (Office of Rehabilitation Services, ORS) 管理员或其指定人员是执行第九篇、第 504 节和 ADA 的协调员。DHS 主任或其指定人员全面负责所有机构计划的公民权利合规工作。EOHHS 部长负责与 Medicaid 计划相关的歧视问题, 任何此类投诉都将相应转介。



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

**非歧视通知**

卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在接受或提供服务、就业或治疗、教育和其他计划活动方面不存在基于种族、肤色、原国籍、残疾、政治信仰、年龄、宗教或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS/DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉的投诉程序的更多信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, 电话号码 (401) 462-2971 (聋人/听语障人士 1-800-745-6575 语音; TTY 711)。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情

