

WISCONSIN への情報開示承認
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES (医療サービス課) KATIE BECKETT MADICAID
(AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION TO THE WISCONSIN
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES KATIE BECKETT MEDICAID)

- 手順：このフォームに記入し、下記に署名する前に、フォーム全体と Wisconsin Department of Health Services (医療サービス課) Katie Beckett Medicaid 手順書、F-03096A への情報開示承認をお読みください。このフォームでは、すべての医療記録、教育記録、および業務遂行能力に関連するその他の情報を自発的に提供し、開示することを求めることができます。この承認は、以下に署名した日から 12 か月間有効で、以下の開示への許可を含みます。
- 下記の症状に対する治療、入院、通院に関する当施設のすべての記録（カルテに他の施設からの医療記録が含まれている場合はそのコピーも含む）
 - 心理学的、精神医学的、またはその他の精神障害（45 C.F.R. 164.501 で定義される心理療法メモを除く）
 - アルコール依存症を含む物質使用障害
 - 網状赤血球性貧血などの遺伝子関連の障害（遺伝子検査の結果やスクリーニングから得られた情報を含む）
 - HIV を含む性感染症
 - 障害が仕事や日常生活活動にどのような影響を与えているかに関する情報
 - 個別教育プログラム、心理学的または言語的評価、教師の観察、および機能の評価に役立つその他の記録を含む教育テストや評価のコピー
 - この承認から 12 か月以内に作成された情報および過去の情報

この情報は以下から収集されます。

- 病院、クリニック、臨床検査室など、すべての医療現場
- ソーシャルワーカー
- 教育情報源
- Bureau of Clinical Policy and Pharmacy (臨床政策・薬剤局, BCPP) の諮問審査官
- 病状に関する情報を持っている家族やその他の人々

この情報は、Wisconsin Department of Health Services (医療サービス課, DHS) に公開され、あなたのケースを処理し、Katie Beckett Medicaid の受給資格を判断するために使用されます。このフォームに署名することにより、あなたは以下のことを承認したことになります。

- あなたの署名により、上記の情報開示のために本フォームのコピーを使用することを許可します。
- 状況によっては、この情報が他の当事者に開示されることがあります。
- あなたの署名は、Disability Determination Bureau (障害決定局, DDB) が上記の情報を BCPP および Bureau of Children's Services (児童サービス局, BCS) と交換することを許可します。
- あなたは、DHS およびその他の情報源に、この許可をいつでも取り消すよう書面で依頼することができます。
- ご要望があれば、DHS から本フォームのコピーをお渡しします。
- あなたは、公開された資料のコピーを検討または要求する権利を有し、あなたの記録の秘密は法律により保護されます。
- あなたはフォーム全体を読み、記載された情報源からの上記の開示に同意しました。

開示申請者情報の記録

氏名 – 申請者 (名、ミドルネーム、姓)

社会保障番号

生年月日

過去 3 か月間に Social Security Insurance (社会保障保険, SSI) 給付を申請したことがある、
または今後 3 か月以内に SSI 給付を申請する予定がありますか？

はい いいえ

署名 – 開示承認者

署名日

活字体 – 開示承認者

フォームに署名した個人が申請者ではない場合、申請者との関係を明記してください。

- 未成年者の保護者
- 医療に関する委任状（医療に関する委任状書類のコピーを提出すること）
- 後見人（裁判所による任命を示す書類を提出すること）
- その他（具体的に記入してください）

署名 – 子 / 申請者（12 歳以上の場合、自署が必要です）

活字体 – 子 / 申請者（12 歳以上の場合、自署が必要です）

事務局用途専用 – ワーカーによって音声での署名が記録されている場合に記入してください。

氏名 – 個人（名、ミドルネーム、姓）

ワーカーID

電話番号 – ワーカー

住所（ストリート名、町、州、ZIPコード） – ワーカー