

Therap의 보호되는 건강 정보에 대한 액세스 요청

요청자: 위의 액세스를 요청하는 사람 확인란에 체크하고 이 양식을 작성하세요.

인쇄하세요.

액세스 요청 ☐ Yes ☐ No 참여자 이름:
참여자의 NFocus 개인 번호:
액세스 요청 ☐ Yes ☐ No 보호자 또는 법적 대리인의 이름(해당하는 경우):
액세스 요청 ☐ Yes ☐ No 부모/추가 요청자 이름(해당하는 경우): 참여자와의 관계(해당하는 경우):
액세스를 요청하는 사람의 이메일 주소:

참여자 및 보호자가 사용할 수 있는 읽기 전용 Therap 모듈:

- 예약
- 행동 계획 및 추적
- 행동 이벤트
- 예산/서비스 인증
- 응급 데이터 양식
- 개별 데이터 양식
- 개별 홈페이지
- 개별 지원 계획
 - 개인 집중 워크시트
 - ISP 의세
- ISP 데이터
- ISP 프로그램(교육 프로그램)

참여자 서명(해당하는 경우)

날짜

정보 수신자가 건강 보험 또는 의료 서비스 제공자가 아닌 경우 해당 정보가 더 이상 개인 정보 보호법에 의거하여 보호를 받지 못할 수 있음을 이해합니다.

보호자 또는 법적 대리인 서명(해당하는 경우):

날짜

정보 수신자가 건강 보험 또는 의료 서비스 제공자가 아닌 경우 해당 정보가 더 이상 개인 정보 보호법에 의거하여 보호를 받지 못할 수 있음을 이해합니다.

양식은 다음 이메일 주소로 전송하거나 다음 주소로

USPS를 통해 전송해야 합니다. 이메일 주소:

dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov, 우편 주소:

Department of Health & Human Services

Division of Developmental Disabilities

Attn: Therap Access

P.O. Box 98947

Lincoln, NE 68509-8947

DHHS 사용 전용:

요청 수신일:	받은 사람(직급):
---------	------------