



Соответствие Правилу конфиденциальности закона HIPAA
Подразделение по делам лиц с инвалидностью вследствие пороков развития

Запрос на доступ к защищенной медицинской информации в системе Therap

Запрашивающее лицо(а): Отметьте галочкой лицо (или лица), которое(ые) запрашивает(ют) доступ, и заполните эту форму.

ЗАПОЛНЯЙТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

Запрос доступа ☐ Да ☐ Нет Имя участника:
Личный номер участника в системе NFocus:
Запрос доступа ☐ Да ☐ Нет Имя опекуна или законного представителя (если применимо):
Запрос доступа ☐ Да ☐ Нет Имя родителя / дополнительного запрашивающего лица (если применимо): Степень родства с участником (если применимо):
Адрес электронной почты лица, запрашивающего доступ:

Модули Therap, доступные только для просмотра участниками и опекунами:

- Приемы (Appointments)
- Планы работы с поведением и отслеживание (Behavior Plans & Tracking)
- События, связанные с поведением (Behavior Events)
- Утверждение бюджета/услуг (Budget/Service Authorizations)
- Форма данных на случай экстренных ситуаций (Emergency Data Form)
- Форма данных участника (Individual Data Form)
- Страница данных об участнике (Individual Home Page)
- Индивидуальный план поддержки (Individual Support Plan)
 - Лист приоритетов участника (Personal Focus Worksheet)
 - Планы встреч по ISP (ISP Agenda)
- Данные индивидуального плана поддержки (ISP Data)
- Программы ISP — программы адаптации (ISP Programs (Habilitation Programs))

Подпись участника (если применимо) _____ Дата _____
Я понимаю, что если получатель информации не является страховой компанией или поставщиком медицинских услуг, информация может больше не подпадать под действие законов о защите конфиденциальности.

Подпись опекуна или законного представителя (если применимо) _____ Дата _____
Я понимаю, что если получатель информации не является страховой компанией или поставщиком медицинских услуг, информация может больше не подпадать под действие законов о защите конфиденциальности.

Форму следует отправить электронной почтой на адрес dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov или службой USPS на адрес:

Подразделение по делам лиц с инвалидностью
вследствие пороков развития
Attn: Therap Access
P.O. Box 98947 (п/я 98947)
Lincoln, NE 68509-8947

DHHS Только для использования:

Дата получения запроса:	Принял (имя и должность):
-------------------------	---------------------------