

Quy tắc bảo mậtHIPAA  
**Phòng Khuyết Tật Phát Triển**

## Yêu cầu truy cập thông tin sức khỏe được bảo vệ trên Therap

Người yêu cầu: Đánh dấu vào ô phía trên tên người hoặc những người yêu cầu quyền truy cập và hoàn thiện biểu

mẫu này. **VUI LÒNG VIẾT IN HOA.**

Yêu cầu truy cập <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tên người thụ hưởng:
Số NFocus của Người thụ hưởng:
Yêu cầu truy cập <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tên người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp (nếu có):
Yêu cầu truy cập <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tên phụ huynh/người yêu cầu bổ sung (nếu có): Mối quan hệ với người thụ hưởng (nếu có):
Địa chỉ email của người yêu cầu truy cập:

### Chỉ đọc các Mô-đun trị liệu dành cho Người thụ hưởng và Người giám hộ:

- Các cuộc hẹn
- Kế hoạch & theo dõi hành vi
- Sự kiện hành vi
- Ngân sách/Ủy quyền dịch vụ
- Biểu mẫu dữ liệu khẩn cấp
- Mẫu dự liệu cá nhân
- Trang chủ cá nhân
- Kế hoạch hỗ trợ cá nhân
  - Phiếu tập trung cá nhân
  - Lịch trình ISP
- Dữ liệu ISP
- Các chương trình ISP (Các chương trình hỗ trợ chức năng)

Chữ ký của người thụ hưởng (nếu có)

Ngày

**Tôi hiểu rằng nếu người nhận thông tin không phải là đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình bảo hiểm y tế thì thông tin đó có thể không còn được bảo vệ theo luật bảo mật.**

Chữ ký của người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp (nếu có)

Ngày

**Tôi hiểu rằng nếu người nhận thông tin không phải là đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình bảo hiểm y tế thì thông tin đó có thể không còn được luật bảo mật bảo vệ nữa...**

Biểu mẫu phải được gửi qua email tới

[dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov](mailto:dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov) hoặc gửi qua USPS tới:

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Phòng  
Khuyết tật Phát triển Attn: Tiếp cận trị liệu  
Hòm thư P.O. Box 98947  
Lincoln, NE 68509-8947 Chi

sử dụng cho DHHS:

Ngày nhận yêu cầu:	Nơi nhận (và tiêu đề):
--------------------	------------------------