



HIPAA隐私规则符合
发育障碍处

在Therap中请求访问受保护健康信息

请求者：勾选请求访问之人上方的复选框并填写此表格。

请使用正楷。

请求访问 ☐ 是 ☐ 否 参与者姓名：
参与者的NFocus人员编号：
请求访问 ☐ 是 ☐ 否 监护人或法定代表人姓名（如适用）：
请求访问 ☐ 是 ☐ 否 家长/其他申请者姓名（如适用）： 与参与者的关系（如适用）：
请求访问之人的电子邮件地址：

参与者和监护人可使用的只读Therap模块：

- 预约
- 行为计划和跟踪
- 行为事件
- 预算/服务授权
- 应急数据表
- 个人数据表
- 个人主页
- 个人支持计划
 - 个人关注工作表
 - ISP议程
- ISP数据
- ISP计划（适应训练计划）

参与者签名（如适用） _____ 日期

我理解，如果信息的接收者不是健康计划或医疗保健提供商，则信息可能不再受隐私法的保护。

监护人或法定代表人签名（如适用） _____ 日期

我理解，如果信息的接收者不是健康计划或医疗保健提供商，则信息可能不再受隐私法的保护。

表格应通过电子邮件发 dhhs.ddtherapaccess@nebraska.gov
或通过USPS邮寄至：

卫生与公众服务部发育障碍处收件
人：Therap Access
邮箱 98947
林肯市，内布拉斯加州
68509-8947

仅供DHHS使用：

请求收到日期：	收件人（及职务）：
---------	-----------