



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Somerset County
Health Department

Depatman Sante Konte Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871

443.523.1700

Faks 410.651.5680

TDD 1-800-735-2258

Ofisye Sante: Danielle Weber, MS, RN

Sèvis Sipò Kliyan Maryland RecoveryNet (MDRN) Twoub Konsomasyon Dwòg (SUD).

Telefòn 443-523-1700 Faks 410-651-3189

Ranpli fòm sa a ak fòm Otorizasyon Endividyèl la (yo)

1. Non Kliyan: _____ DOB: _____ SS#: _____

Sèks: M/F Ras: _____ **Dyagnostik Konsomasyon Dwòg:** _____

Adrès: _____ # telefòn: _____

_____ Konte: _____

Granmoun nan Kay la (**lis non**) _____

Timoun nan Kay la (**lis non**) _____

2. Èske aktyèlman moun nan se yon Kliyan Kowòdinasyon Swen Eta a? Wi ___ Non___

3. Èske aktyèlman moun nan se yon Kliyan nan Sistèm Sante Konpòtman Piblik la? Wi ___Non___

Founisè Sante pou Konsomasyon Dwòg: _____

Konbyen tan Kliyan an te nan tretman pou konsomasyon dwòg epi èske yo respekte randevou ak plan tretman an? (*Kout Deskripsyon*)

Èske Kliyan an gen Asistans Medikal? #MA _____ Wi ___ Non___

Èske Kliyan an te aplike pou Asistans Medikal? Wi ___ Non___

Dat Aplikasyon an _____

Èske Kliyan an gen Medicare? Wi ___ Non___

Èske Kliyan an pa gen asirans (Gray Area) epi li anrejistre kònsa nan PBHS la? Wi ___ Non___

idantifikasyon Gray Area _____

4. Ki asistans yo mande? Tanpri bay yon deskripsyon tou kout sou asistans ki nesèsè a:

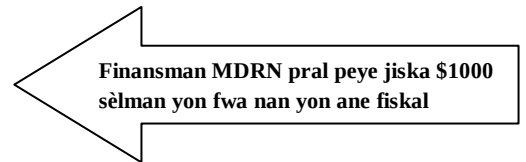
Èske moun nan (kay la) kapab peye pou atik sa a (yo)?

Wi____ Non____

Èske gen nenpòt lòt resous ki ta ka peye pou atik sa a (yo)?

Wi____ Non____

Kantite total dola yo mande: \$_____



5. Si Kliyan ap mande pwoteksyon pou yon pri renouvlab, bay detay espesifik sou rezon ki fè

Kliyan an pa kapab kouvri frè (yo) tèt li ak fason yo planifye bidjè pou bezwen sa a alavni.

Tanpri sonje tout revni ak depans chak mwa; dokimante bezwen pou asistans finansye: Revni a DWE depase depans oswa y ap refize aplikasyon yo.

Total revni chak mwa nan kay la:		Depans:	
Salè	\$	Lwaye	\$
Asistans (SSI, SSDI, TDAP, TCA, manje kupon pou achte)	\$	Elektrik	\$
Lòt: (sipò pou timoun, èd finansyè, lokasyon revni)	\$	Gaz/pwopàn/chofaj	\$
Total	\$	Telefòn/selilè	\$
		Koupon pou manje	\$
		Pri manje (ki pa manje kupon pou achte)	\$
		Bòdwo Dlo	\$
		Transpò (machin peman/asirans, otobis, taksi)	\$
		Kab/Entènèt	\$
		Lòt	\$
		Total	\$

6. Chèk yo ta dwe peye pou: (pa ka fèt pou kliyan an)

7. Non: _____

Adrès: _____

Telefòn _____

Chèk yo kapab fèt sèlman peyab bay
biznis ki bay sèvis yo

8. Tanpri fè lis tout ajans yo te kontakte yo epi note rezon pou apwobasyon/refi.

Minimòm 3 obligatwa.

Non Ajans:	Moun pou Kontakte:	# Telefòn:	Rezon ki fè yo refize:
1.			
2.			
3.			

Siyati Reprezantan Ajans lan: _____ Dat: _____

Non an lèt detache: _____ #telefòn/Ext: _____

Non Ajans: _____ # Faks: _____

Tanpri asire w lis verifikasyon an konplè anvan ou soumèt aplikasyon an: (make bwat yo ak yon kwochè)

- ☐ Yon Divilgasyon enfòmasyon apa pou chak ajans/biznis ap bezwen ranpli pou LBHA ka rele pou diskite sou aplikasyon an.
- ☐ Si ou pa founisè abi sibstans (SUD), èske ou enkli yon Divilgasyon enfòmasyon pou founisè Tretman Kliyan an?
- ☐ Èske ou gen ladann yon kopi bòdwo sèvis piblik la, yon avi pou pri lwaye ki te vin anlè oswa papyè degèpisman?
- ☐ Èske ou te enkli prèv tout revni chak mwa nan kay la (peye, SSI oswa lòt kalite lèt avantaj)?
- ☐ Èske ou enkli yon kopi preskripsyon oswa demann laboratwa a si sa aplikab?
- ☐ Si w ap mande Asistans Famasi, tanpri bay yon kopi preskripsyon (yo) Nòt - LBHA ka ede ak medikaman pou maladi konpòtmantal ki sipòte administrasyon yon medikaman ki gen rapò ak yon maladi konpòtman.
- ☐ Tout seksyon aplikasyon sa a ranpli an antye ak dokiman sipò yo tache.
- ☐ Èske ou enkli yon kopi tretman oswa plan rekiperasyon moun nan?

POu ITILIZASYON LBHA SÈLMAN

Apwouve	☐	Kantite lajan	Demanti	☐	Dat:
Kòmantè:					
Siyati:			Siyati:		
Direktè / Deziyen Depatman Sante			Kowòdonatè LBHA		

Otorizasyon pou Divilge Enfòmasyon Konfidansyèl

Non Kliyan: _____ DOB: _____ ID Pasyan # _____

Adrès Ri: _____ Vil, Eta, Kòd Postal: _____

Nimewo Telefòn: _____

Mwen otorize Depatman Sante Konte Somerset pou: ☒ Jwenn enfòmasyon ☐ Divilge bay / soti nan:

Enfòmasyon sa yo ki soti nan dosye mwen yo (presize limit oswa nati enfòmasyon yo dwe jwenn oswa divilge):

Objektif divilgasyon otorize sa a:

Mwen konprann ke dosye tretman alkòl ak/oswa dwòg mwen yo pwoteje dapre règleman federal ki gouvène Dosye Pasyan Konfidansyalite ak Abi Dwòg, 42 CFR Pati 2 ak Lwa 1996 sou Transparans ak Responsablite Asirans Sante (HIPAA) 45 CFR. Pts. 160 ak 164. Règleman sa yo entèdi ou fè plis divilgasyon sou li san konsantman espesifik alekri ki moun li konsène oswa jan règleman yo espesifye. Yon otorizasyon jeneral pou divilge enfòmasyon medikal oswa lòt enfòmasyon pa ase pou objektif sa a. Règ federal yo ka mete restriksyon sou nenpòt itilizasyon enfòmasyon yo pou mennen ankèt kriminèl oswa pouswiv nenpòt pasyan ki konsome alkòl oswa dwòg. Mwen konprann ke mwen ka anile konsantman sa a alekri nenpòt ki lè eksepte nan limit ke yo te pran aksyon an depann sou li, e ke nan nenpòt ka konsantman sa a ekspire otomatikman nan fason sa a:

Kondisyon pou Echanj Enfòmasyon Otorize

Ekspirasyon: Otorizasyon sa a pral ekspire yon ane apati dat siyen an sof si yo espesifye anba a pa dat oswa evènman ki gen mwens pase yon ane: Dat:

_____/_____/_____ Evènman oswa Kondisyon:

DWA POU REVOKE: Mwen konprann ke mwen ka anile otorizasyon sa a nenpòt ki lè lè mwen bay yon avi alekri, men mwen pa retwoaktif pou divilge enfòmasyon ki deja fèt ak bon fwa. SÈVI AK ESPAS KI ANBA A SÈLMAN SI KLIYAN AN RETIRE KONSANTMAN AN.

Dat Kliyan an te Revoke Otorizasyon: ____/____/_____ Siyati Kliyan an: _____

REDIVILGE: Nenpòt moun oswa ajans ki resevwa enfòmasyon sou kliyan Depatman Sante Konte Somerset yo entèdi pou fè plis divilgasyon dosye medikal la. Sa entèdi jan Kòd Anote Maryland 4-303(b)(5)(ii) mande l la.

FOTOSTAT/FAKSIMIL: Fè yon fotostat oswa faks otorizasyon sa a konsidere kòm efikas ak valab menm jan ak orijinal la.

Dat: _____
Siyati Kliyan an: _____

Dat: _____
Siyati Paran oswa Gadyen: _____

Dat: _____
Temwen Siyati: _____