

गोपनीयता अभ्यासको सूचना
ग्राहक गोप्य जानकारीका लागि
लागू हुने अप्रिल १४, २००३
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION

डीएसएचएसले तपाईंको गोपनीयताको अधिकारका बारेमा तपाईंलाई सूचित गराउनु कानून अनुसार जरुरी छ। डीएसएचएसका लागि तपाईंको योग्यतामा यो सूचनाले कुनै असर पार्नेछैन।

यो सूचनाले कसरी तपाईंसम्बन्धी चिकित्सकीय र अन्य गोप्य जानकारीहरू प्रयोग गर्न सकिन्छ र खुला गर्न सकिन्छ र तपाईंले यो जानकारी कसरी हेर्न सक्नुहुनेछ भनी बयान गर्छ। कृपया यसलाई ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुस्।

मेरो बारेमा डीएसएचएससित के गोप्य जानकारी छ ?

सुविधा वा सेवा प्रदान गर्ने डीएसएचएस कार्यक्रमका लागि तपाईंले आवेदन दिनुभएको वा सहभागी भएको हुनसक्छ। त्यो प्रक्रियाको भागका रूपमा तपाईंले गोपनीय जानकारीहरू जस्तै सम्पर्क, आर्थिक र स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीहरू प्रदान गर्नुपर्ने हुनसक्छ। हामीसित तपाईंसम्बन्धी गोपनीय जानकारी अरु स्रोतबाट पनि प्राप्त हुनसक्छ ताकि तपाईंको सेवा गर्न वा तपाईंको हेरचाहका लागि भुक्तान दिन सकियोस्।

मेरो गोप्य जानकारी कसले हेर्न सक्छ ?

हामीले हाम्रो काम गर्नका लागि आवश्यक न्यूनतम परिमाणको जानकारीमात्र हेर्छौं। कानूनले स्वीकृति दियो भने वा तपाईंले अनुमति दिनुभयो भने हामी जानकारी अन्य कार्यक्रमहरू वा व्यक्तिहरूसित बाँड्न सक्छौं। उदाहरणका लागि तपाईंको स्वास्थ्य बारे गोपनीय जानकारी तपाईंको हेरचाह गर्ने अन्य प्रदायकहरू र स्वास्थ्य हेरचाहकलाई दिन सकिन्छ। हामीले विगत, वर्तमान वा भविष्यका जानकारीहरू बाँड्न सक्छौं।

कस्ता जानकारीहरू डीएसएचएसले बाँड्छ ?

हामीले तपाईंको बारेमा अरुलाई उनीहरूको काम गर्न आवश्यक जानकारी मात्रै बाँड्छौं। तपाईंले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी पठाइएको स्थानहरूको सूचि माग गर्न सक्नुहुन्छ।

डीएसएचएसले कहिले गोपनीय जानकारी बाँड्छ ?

उपचार, भुक्तान र एजेन्सी सञ्चालनका लागि हामी जानकारीहरू राख्छौं र बाँड्छौं। हामीले जानकारीहरू बाँड्न सक्छौं:

- चिकित्सकीय उपचार उचित छ भनी निर्धारण गर्न।
- स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायकबाट सेवाहरू भुक्तान गर्न।
- सेवा र सुविधाहरूका लागि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न।
- प्रदायकहरूबाट प्राप्त हेरचाहको गुणस्तर मूल्याङ्कन गर्न।

के म मेरा जानकारी हेर्न सक्छु ?

तपाईंले हामीसित भएका तपाईंसम्बन्धी जानकारी हेर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंको अभिलेख डीएसएचएसका एकभन्दा बढी भागमा छ भने तपाईंले कुन अभिलेख हेर्न चाहेको भनी हामीलाई बताउनु पर्छ। यदि माग्नुभयो भने तपाईंले एउटा प्रतिलिपि पाउनु हुनेछ। डीएसएचएसले तपाईंका अभिलेखहरूको प्रतिलिपिहरूका लागि शुल्क लिनसक्नेछ।

के म मेरा अभिलेखहरू परिवर्तन गर्नसक्छु ?

यदि स्वास्थ्य जानकारीसम्बन्धी तपाईंको अभिलेख गलत छ भन्ने तपाईंलाई लागे तपाईंले हामीलाई त्यो सुधार गर्न वा नयाँ जानकारी थप्न लिखित अनुरोध पठाउन सक्नुहुन्छ। यस्तो संशोधन तपाईंको अभिलेखको प्रतिलिपि पाउने अरुलाई पनि पठाउन तपाईंले हामीलाई भन्न सक्नुहुन्छ।

यदि अरु कसैलाई मेरो गोपनीय जानकारी आवश्यक पन्यो भने ?

तपाईंलाई तपाईंको जानकारी बाँड्न अधिकार फाराममा हस्ताक्षर गर्न भनिनेछ यदि:

- डीएसएचएसले अन्य स्थानहरूमा जानकारी पठाउन आवश्यक पन्यो भने;
- तपाईंलाई अन्य एजेन्सी वा प्रदायकलाई जानकारी पठाउनु पन्यो भने;
- वकील, नातेदार वा अन्य प्रतिनिधि जस्ता व्यक्तिलाई तपाईंले जानकारी पठाउनु चाहनु भयो भने।

तपाईंका जानकारीहरू बाँड्ने तपाईंको अनुमति तपाईंले अधिकार फाराम दिनुभएको मितिदेखि लागू हुनेछ। हामीले सूचिमा भएका जानकारीहरू मात्रै बाँड्न सक्नेछौं। तपाईंले यो अनुमति लिखित रूपमा फिर्ता लिन वा परिवर्तन गर्न सक्नुहुनेछ।

गोपनीय जानकारीको गोपनीय अभ्यासका लागि डीएसएचएस सूचना

लागू हुने अप्रिल 14, 2003

के गोपनीय जानकारीहरू मेरो अनुमति बिना बाँड्न सकिन्छ ?

सकिन्छ, तपाईंको अनुमति बिना गोपनीय जानकारीहरू बाँड्न सकिने अवस्थाहरू हुन्छन्। कानून अनुसार, हामी, कुनै समयमा, तपाईंसम्बन्धी गोपनीय जानकारीहरू तपाईंले अनुमति नदिए पनि बाँड्न आवश्यक पर्छ वा अनुमति दिइन्छ। यस्ता केही स्थितिहरू हुन्:

- बाल वा वयस्क दुर्व्यवहारका घटनाहरूको उजुरी वा प्रहरी वा अन्य उचित एजेन्सीलाई बेवास्ता;
- अदालतले आदेश दिँदा अभिलेख उपलब्ध गराउनु;
- डीएसएचएसका कामको समीक्षा गर्न अन्य एजेन्सीहरूलाई जानकारी दिनु;
- चिकित्सकीय सुविधाको इजाजत प्रदान गर्ने र जाँचबुझ गर्ने सरकारी एजेन्सीहरूलाई जानकारी बाँड्नु, जस्तै नर्सिङ होम वा अस्पतालहरू;
- सेवा प्रदायकहरू वा अन्य एजेन्सीहरूलाई आवश्यक जानकारी बाँड्नु ताकि निर्धारण गर्न सकियोस् तपाईं सेवा वा सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ;
- निश्चित जानकारीहरू मातापिता वा नाबालकका अभिभावकलाई दिनु;
- अनुसन्धान प्रयोजनहरूका लागि जानकारी प्रयोग गर्नु

के म मेरो जानकारी बाँड्न र मैले त्यसलाई प्राप्त गर्न सीमितता राख्न सक्छु ?

तपाईंले हामीलाई तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग गर्न र बाँड्न सीमित गर्न भन्नसक्नुहुन्छ तर हामी सहमत हुनुपर्छ भन्ने छैन। तपाईंले यो जानकारी तपाईंलाई भिन्न ढाँचामा भिन्न स्थानमा पठाउन पनि भन्न सक्नुहुन्छ।

के यो सूचनाको प्रतिलिपि म पाउँछु ?

पाउनु हुन्छ। यो सूचना तपाईंलाई राख्नका निमित्त हो। यदि तपाईंले यो सूचना विद्युतीय रूपमा पाउनु भएको छ भने तपाईंले कागजी प्रतिका लागि भन्न सक्नुहुनेछ र हामी तपाईंलाई प्रदान गर्नेछौं।

गोपनीयता अभ्यासहरू परिवर्तन भए भने ?

यो सूचनामा भएका अभ्यासहरू परिवर्तन गर्ने अधिकार हामीमा निहित छ। यदि कानून परिवर्तन भयो भने ती परिवर्तनहरूका सम्बन्धमा हामी तपाईंलाई नयाँ सूचना पठाउने छौं ।

यो सूचनाका बारेमा वा मेरा अधिकारहरूका बारेमा मसित कुनै प्रश्न छन् भने मैले कसलाई सम्पर्क राख्ने ?

यदि तपाईंसित यो सूचनाका बारेमा कुनै प्रश्न छ भने कृपया जसले तपाईंलाई यो दिन्छ त्यो व्यक्तिलाई सोध्नुस्। यदि तपाईंलाई थप सहायता आवश्यक पर्‍यो भने तपाईंले फोन गर्न सक्नुहुन्छ डीएसएचएस गोपनीयता अधिकारी (360) 902-8278.

मेरो गोपनीयताको अधिकार हनन भएको उजुरी मैले कसरी गर्न सक्छु ?

यदि तपाईंलाई आफ्नो गोपनीयताको अधिकार हनन भएको लाग्यो भने तपाईंले उजुरी दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ: डीएसएचएस गोपनीयता अधिकारी, सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवाहरू विभाग, पीओ बक्स 45115, ओलम्पिया डब्ल्युए 98504-5115. यदि तपाईंले उजुरी दर्ता गर्नुभयो भने, डीएसएचएसले तपाईंको सेवाहरू वा सुविधाहरू परिवर्तन गर्ने या रोक्ने छैन र तपाईंविरुद्ध बदला लिनेछैन।

वा

सचिव, स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग (डीएचएचएस), 2000 इन्डेपेन्डेन्स आभेन्यु, वासिङटन डीसी 20201. डीएचएचएसमा गरिएका कुनै पनि उजुरी गोपनीयता हनन भएको 180 दिनभित्र हुनुपर्छ।

गोपनीय जानकारीको गोपनीय अभ्यासका लागि डीएसएचएस सूचना
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION

लागू हुने अप्रिल 14, 2003

स्वीकृति

ACKNOWLEDGEMENT

ग्राहकको नाम (कृपया स्पष्ट लेख्नुस)	ग्राहकको जन्ममिति
मैले डीएसएचएस गोपनीयता सूचनाको प्रति पाएँ र डीएसएचएसले कसरी मेरो गोप्य स्वास्थ्य जानकारीहरु प्रयोग गर्छ र बाँड्छ भन्ने सम्बन्धमा प्रश्नहरु सोध्ने मौका पाएँ।	
ग्राहक वा व्यक्तिगत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	मिति
डीएसएचएसको प्रयोगका लागि मात्र	
ग्राहकको वा व्यक्तिगत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर लिन नसकिए मात्र भर्ने।	
ग्राहकलाई गोपनीयता अभ्यासको सूचना (एनएनपी) दिनका लागि गरिएका प्रयासहरुको बयान गर्नुस्:	
किन स्वीकृति लिन सकिएन भन्ने कारणहरु बयान गर्नुस्:	
कर्मचारीको नाम र उपाधि (कृपया स्पष्ट लेख्नुस)	प्रशासन/शाखा
कर्मचारीको हस्ताक्षर	मिति