

**POWIADOMIENIE O ZASADACH ZACHOWANIA POUFNOŚCI
DLA POUFNYCH INFORMACJI KLIENTA
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION
Ważne od 14 kwietnia, 2003 roku**

Prawo wymaga, aby DSHS powiadomił Pana/ią o Pana/i prawach do zachowania poufności. To powiadomienie nie ma wpływu na Pana/i zakwalifikowanie na świadczenia DSHS.

Niniejsze powiadomienie opisuje, jak Pana/i informacje medyczne oraz inne poufne informacje mogą zostać użyte i ujawnione oraz jak Pan/i może mieć dostęp do tych informacji. Proszę je uważnie przejrzeć.

- Jakie informacje poufne ma o mnie DSHS?** Może Pan/i złożył/a, lub Pan/i uczestniczy w programach DSHS, które dostarczają świadczeń i usług. W ramach tego procesu, możliwe że będzie Pan/i musiał/a dostarczyć informacje poufne, takie jak informacje kontaktowe, finansowe i dotyczące Pana/i zdrowia. Możemy również uzyskać Pana/i poufne informacje wymagane do świadczenia Pana/i usług lub zapłaceniu za Pana/i opiekę, z innych źródeł.
- Kto widzi moje poufne informacje?** My mamy dostęp tylko do minimalnej ilości Pana/i poufnych informacji koniecznych dla nas do wykonania swojej pracy. Jeśli jest to zgodne z prawem, lub jeżeli Pan/i nam pozwoli, możemy dzielić się Pana/i poufnymi informacjami z innymi programami. Na przykład, poufne informacje dotyczące Pana/i zdrowia mogą zostać podane i użyte przez świadczycele opieki zdrowotnej oraz innych osób sprawujących nad Panem/ią opiekę. Możemy dzielić się przeszłymi, obecnymi i przyszłymi informacjami.
- Jakimi informacjami dzieli się DSHS?** Udzielamy innym informacji koniecznych do wykonania ich pracy. Może poprosić Pan/i o listę miejsc, do których informacje dotyczące Pana/i zdrowia zostały wysłane.
- Kiedy DSHS udziela poufnych informacji?** Utrzymujemy i przekazujemy informacje, aby skoordynować leczenie, zapłatę i działania agencji. Możemy dzielić się informacjami, aby:
- Ustalić, czy leczenie medyczne jest stosowne
 - Zapłacić za świadczenia usługodawców
 - Ustalić Pana/i zakwalifikowanie na usługi i świadczenia.
 - Ocenić jakość opieki otrzymywanej od usługodawców.
- Czy mogę zobaczyć swoje informacje?** Może Pan/i zobaczyć swoje informacje, które mamy. Jeżeli Pana/i akta są przechowywane w różnych departamentach DSHS, musi nam Pan/i powiedzieć, które akta chce Pan/i zobaczyć. Otrzyma Pan/i kopie, jak o nie Pan/i poprosi. DSHS może naliczyć opłatę za kopie Pana/i akt.
- Czy mogę zmienić swoje akta?** Jeżeli uważa Pan/i, że informacje zdrowotne zawarte w Pana/i aktach są niepoprawne, może Pan/i wysłać pisemną prośbę o ich zmianę lub o dodanie nowych informacji.. Może Pan/i również poprosić o wysłanie tych zmian do innych osób, które otrzymały kopie Pana/i akt.
- A jeżeli ktoś inny potrzebuje moje poufne informacje?** Może Pan/i zostać poproszony/a o podpisanie upoważnienia zezwalającego na udzielenie Pana/i informacji, jeżeli:
- DSHS musi wysłać informacje do innych miejsc;
 - Pan/i chce, abyśmy wysłali informacje do innej agencji lub usługodawcy;
 - Pan/i chce, abyśmy wysłali informacje do innej osoby, jak Pana/i adwokata, krewnego/ej lub innego przedstawiciela.
- Pana/i pozwolenie na udzielanie informacji jest ważne od daty podpisania przez Pana/ią upoważnienia. Możemy dzielić się tylko informacjami z Pana/i listy. Może Pan/i pisemnie anulować lub zmienić to pozwolenie.

POWIADOMIENIE O ZASADACH ZACHOWANIA POUFNOŚCI INFORMACJI DSHS

Ważne od 14 kwietnia, 2003 roku

Czy poufne informacje mogą być udzielane bez mojej zgody?

Tak, istnieją przypadki, kiedy Pana/i poufne informacje mogą zostać udzielone bez Pana/i zgody. Czasami prawo wymaga od nas, lub nam nakazuje, abyśmy udzielali Pana/i poufne informacje, nawet jeżeli nie da nam na to Pan/i pozwolenia. Niektóre z tych okoliczności, to:

- Zgłaszanie na policję lub innych stosownych agencji przypadków znęcania lub zaniedbywania nad dzieci lub starszych;
- Dostarczanie akt w ramach nakazu sądowego;
- Udzielanie informacji innym agencjom, które sprawdzają działalność DSHS;
- Udzielanie informacji agencjom rządowym, które udzielają pozwoleń i kontrolują obiekty medyczne, jak domy sędziwej starości i szpitale.
- Udzielanie informacji wymaganych przez usługodawców lub inne agencje dla określenia, czy kwalifikuje się Pan/i na otrzymywanie usług i świadczeń;
- Przekazywanie pewnych informacji rodzicom lub opiekunom niepełnoletnich;
- Wykorzystanie informacji do badań naukowych.

Czy mogę ograniczyć udzielanie moich informacji oraz sposób w jaki ja je otrzymuję?

Może nas Pan/i poprosić o ograniczenie wykorzystania i udzielania Pana/i informacji, lecz my nie musimy się tym zgodzić. Może nas Pan/i również poprosić o przesłanie Panu/i informacji w innym formacie lub pod inny adres.

Czy mogę otrzymać kopię niniejszego powiadomienia?

TAK. Może Pan/i zatrzymać niniejsze powiadomienie. Jeżeli otrzymał Pan/i to powiadomienie w wersji elektronicznej, może nas Pan/i poprosić o wydruk, a my go Panu/i dostarczymy.

A jeżeli zasady zachowania poufności się zmieniają?

Zastrzegamy sobie prawo do zmiany zasad podanych w niniejszym powiadomieniu. Jeżeli nastąpi zmiana w prawie, wyślemy Panu/i nowe powiadomienie o tych zmianach.

Z kim mogę się skontaktować, jeżeli mam pytania na temat niniejszego powiadomienia i swoich praw?

Jeżeli ma Pan/i dowolne pytania na temat niniejszego powiadomienia, proszę je zadać osobie, która je Panu/i wręczyła. Jeżeli wymaga Pan/i dodatkowej pomocy, proszę skontaktować się z Urzędnikiem ds. Zasad Zachowania Poufności DSHS pod numerem (360) 902-8278.

Jak mogę zgłosić naruszenie swoich praw zachowania poufności?

Jeżeli uważa Pan/i, że Pana/i prawa zachowania poufności zostały naruszone, może Pan/i złożyć skargę w:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115. Jeżeli złoży Pan/i skargę, DSHS nie zmieni, ani nie zatrzyma Pana/i świadczeń i nie może podejmować przeciw Panu/i żadnych działań.

LUB

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201. Wszystkie skargi składane do DHHS muszą zostać złożone w przeciągu 180 dni od naruszenia prywatności.



POWIADOMIENIE O ZASADACH ZACHOWANIA POUFNOŚCI INFORMACJI DSHS
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION

Ważne od 14 kwietnia, 2003 roku

POTWIERDZENIE
ACKNOWLEDGEMENT

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA (PROSZĘ DRUKOWAĆ)		DATA URODZENIA KLIENTA
Otrzymałem/am kopię Powiadomienia o Zachowaniu Poufności DSHS i miałem/am możliwość zadania pytań związanych z tym, jak DSHS będzie wykorzystywać i udzielać moje informacje poufne.		
PODPIS KLIENTA LUB PRZEDSTAWICIELA		DATA
FOR DSHS USE ONLY		
To be completed if unable to obtain client's or personal representative's signature.		
Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):		
Describe reason why acknowledgement was not obtained:		
STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)		ADMINISTRATION/DIVISION
STAFF'S SIGNATURE		DATE