DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (ለደንበኛ የህክምና መረጃ የ DSHS የግላዊነት ተግባራት ማስታወቂያ)

ከኖቬምበር 1፣ 2025 ጀምሮ ተግባራዊ ይሆናል

DSHS የእርስዎን Health Insurance Portability and Accountability Act (የጤና መድን ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ, HIPAA) የግላዊነት መብቶችን ማሳወቅ አለበት። (45 CFR §164.520)። DSHS "ድብልቅ ሀጋዊ አካል" ነው። ሁሉም DSHS በHIPAA አይሸፈኑም፣ በDSHS ድህረ ገጽ ላይ የጤና እንክብካቤ አካላት ተብለው የተዘረዘሩት ፕሮግራሞች ብቻ በHIPAA ይሸፈናሉ። ይህ ማስታወቂያ የሚመለከተው በተሸፈኑ ፕሮግራሞች ለሚቀርቡ ደንበኞች ብቻ ነው። ይህ ማስታወቂያ ለDSHS አገልግሎቶች ብቁ መሆንዎን አይነካም።

ይህ ማስታወቂያ የእርስዎ የህክምና መረጃ እንዴት ጥቅም ላይ እንደሚውል እና እንደሚገለጥ እና ይህን መረጃ እንዴት ማግኘት እንደሚችሉ ይገልጻል። እባክዎን በጥንቃቄ ይመልከቱት።

PHI ምንድን ነው?

Protected Health Information (የተጠበቀ የጤና መረጃ, PHI) በHIPAA በተሸፈኑ የDSHS ክፍሎች የተያዘ የደንበኛ የህክምና መረጃ ነው። PHI የጤና ሁኔታዎ ወይም ከንዲሽንዎ፣ ስለሚቀበሉት የጤና እንክብካቤ ወይም ለጤና እንክብካቤዎ ክፍያ ከእርስዎ ጋር የተገናኘ የህክምና መረጃ ነው። DSHS የእርስዎን PHI በሕግ መጠበቅ አለበት።

DSHS ስለ እኔ ምን PHI አለው?

እርስዎን ለማገልገል እንዲረዳን የእርስዎን አካባቢ፣ የፋይናንስ መረጃ ወይም የህክምና መዝገቦችን ጨምሮ የህክምና ወይም የጤና መረጃ ሊሰጡን ይችላሉ። እንዲሁም እርስዎን ከሚያገለጉ ወይም ለእንክብካቤዎ ክፍያ ከሚከፍሉ ሌሎች ምንጮች ስለእርስዎ PHI ልናገኝ እንችላለን።

የእኔን PHI ማን ያየዋል?

ስራችንን ለመስራት የሚያስፈልገንን አነስተኛውን የPHI መጠን ብቻ እንጠቀማለን። በሕግ ከተፈቀደ ወይም ከፈቀዱ PHI ከሌሎች ፕሮግራሞች ወይም ሰዎች ጋር ልናጋራ እንችላለን። ለምሳሌ፣ የእርስዎን የጤና እንክብካቤ ለማስተባበር እና ለመክፈል የእርስዎ PHI ለ Health Care Authority (ጤና እንክብካቤ ባለስልጣን) እና ለሌሎች የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ሊሰጥ እና ሊጠቀምበት ይችላል። ያለፈውን፣ የአሁኑን ወይም የወደፊቱን PHI ን ልንጋራ እንችላለን።

DSHS ምን PHI ነው የሚያጋራው?

የእርስዎን PHI የምናጋራው ሌሎች ሥራቸውን እንዲሰሩ እና በሕግ በሚፈቅደው መሠረት ብቻ ነው። ባለፉት ስድስት ዓመታት ውስጥ DSHS የእርስዎን PHI ለማን እንዳጋራ ዝርዝር ሊጠይቁ ይችላሉ።

DSHS PHI የሚጋራው መቼ ነው?

አገልግሎቶችን ለማስተባበር እና ለህክምና፣ ክፍያ እና የጤና እንክብካቤ ሥራዎች PHI የምናጋራው "ማወቅ በሚያስፈልግበት መሠረት" ነው። ለምሳሌ ለሚከተሉት መረጃን ልናጋራ እንችላለን፡-

- የሕክምና እንክብካቤ እና የጉዳይ አያያዝን ለማቅረብ ከጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ጋር።
- የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን ለመክፈል ኃላፊነት ካለው አካል ጋር ክፍያውን ለማመቻቸት።
- ለDSHS ፕሮግራሞች ብቁ መሆንዎን ለመወሰን።
- የንግድ ሥራዎቻችንን ለመደገፍ ለምሳሌ ከህክምና አቅራቢዎች የሚያገኙት እንክብካቤ ሕጋዊ መስፈርቶችን የሚያሟላ መሆኑን ለመወሰን። እነዚህ ተግባራት የውሂብ ማሰባሰብን፣ የአደጋ አስተዳደር እንቅስቃሴዎችን እና አዲቶችን ሊያካትቱ ይችላሉ።

DSHS ያለፈቃዴ የእኔን PHI መቼ ሊያጋራ ይችላል?

ለህክምና፣ ክፍያ እና የጤና እንክብካቤ ሥራዎች ይፋ ከመደረጉ በተጨማሪ፣ DSHS ያለእርስዎ ፈቃድ PHIን በሌሎች ምክንያቶች ሊያጋራ ይችላል። በሕግ፣ የእርስዎን PHI እንድናካፍል ልንጠየቅ ወይም ሊፈቀድልን ይችላል። አንዳንድ ምሳሌዎች የሚከተሉትን አስፈላጊነት ያካትታሉ፦

- በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ ለተሳተፈ ጓደኛዎ ወይም የቤተሰብ አባልዎ ስለእርስዎ የጤና መረጃ ልናጋራ እንችላለን። ይህን ማጋራት የመቃወም መብት አለዎት። ከተቃወሙ፣ ለቤተሰብ አባሉ ወይም ጓደኛ አናሳውቀውም።
- እንደ በሽታን ወይም ጉዳትን ለመከላከል ወይም ለመቆጣጠር ወይም ልደት እና ሞትን ለማሳወቅ ላሉ የህዝብ ጤና ተግባራት ከህዝብ ጤና ባለስልጣናት ጋር ልናጋራ እንችላለን።
- የልጅ ወይም የአዋቂዎች ጥቃት ወይም ቸልተኝነት ወይም የቤት ውስጥ ጥቃትን ለ Child Protective Services (ህጻናት ጥበቃ አገልግሎቶች)፣ ለ Adult Protective Services (አዋቂዎች ጥበቃ አገልግሎቶች)፣ ለፖሊስ ወይም ለሌሎች ኤጀንሲዎች ሪፖርት ለማድረግ።
- መዝገቦችን በፍርድ ቤት ትዕዛዝ፣ መጥሪያ፣ የግኝት ጥያቄ ወይም ሌላ የህግ ሂደት፣ ወይም ለፍርድ እና አስተዳደራዊ ሂደቶች ልናቀርብ እንችላለን።
- የPHI መረጃን ለጤና ባለሙያዎች ፈቃድ ለሚሰጡ እንዲሁም እንደ አረጋውያን መኖሪያ ቤቶችና ሆስፒታሎች ላሉ የሕክምና ተቋማት ፈቃድ ለሚሰጡና ለሚመረምሩ የቁጥጥር ኤጀንሲዎች ልናካፍል እንችላለን።
- ለአገልግሎቶች ወይም ለጥቅማጥቅሞች ብቁ መሆንዎን ወይም በሕግ በሚፈቅደው መሰረት አስፈላጊ ከሆነ እርስዎን ለመንከባከብ PHI ን ለፌደራል እና የክልል የመንግስት ኤጀንሲዎች ልናጋራ እንችላለን።
- ለአሳዳጊዎች ወይም ለአካለ መጠን ላልደረሱ ወላጆች PHI ልናጋራ እንችላለን።
- በአንድ ሰው ወይም በሕዝብ ጤና ወይም ደህንነት ላይ ከባድ እና ፈጣን አደጋን ለመከላከል ወይም ለመቀነስ PHIን ልናጋራ እንችላለን።
- የተወሰነ PHI ለህግ አስከባሪ ባለስልጣናት ልናጋራ እንችላለን።
- የእርስዎ ግላዊነት ሲጠበቅ ለተፈቀደ የምርምር ፕሮጀክት PHIን ልናጋራ እንችላለን።
- በጦር ኃይሎች ውስጥ ወይም አርበኛ ከሆኑ በአንዳንድ ሁኔታዎች ከወታደራዊ ባለስልጣናት ጋር ልናጋራ እንችላለን።
- PHIን ለሠራተኞች ማካካሻ ኤጀንሲዎች ልናጋራ እንችላለን።
- ለአደጋ ጊዜ ወይም ለአደጋ ጊዜ እርዳታ PHIን ልንጠቀም ወይም ልንገልጽ እንችላለን።
- ከሞቱ በኋላ የእርስዎን PHI ከንብረትዎ የግል ተወካይ፣ የአስክሬን መርማሪ፣ የቀብር ዳይሬክተር ወይም የአካል ንቅለ ተከላ ድርጅት ጋር ልናጋራ እንችላለን።
- በሕግ ሲፈቀድ ወይም ሲጠየቅ

የአደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም ዲሶርደር የሕክምና መዛግብት

የእርስዎ ፈቃድ ከሌለን ወይም በ42 C.F.R ክፍል 2 (ክፍል 2.) ደንቦች ካልተፈቀደ በስተቀር የsubstance use disorder (አደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም ዲሶርደር, SUD) ሕክምና መዝገቦችን አናጋራም። የክፍል 2 መዝገቦችዎን ከሌላ ሰው ለምሳሌ እንደ SUD አቅራቢዎ ከተቀበልን በ HIPAA ከተፈቀደ መዝገቦቹን ልንገልጽ እንችላለን። ነገር ግን፣ በጽሑፍ ካልተስማሙ በቀር፣ ወይም በፍርድ ቤት ትዕዛዝ ምላሽ ካልሰጡ በስተቀር፣ በእርስዎ ላይ ለቀረቡ የሲቪል፣ የወንጀል፣ የአስተዳደር እና ለሕግ አውጭ ሂደቶች የSUD መዝገቦችን አንገልጽም።

ሌላ ሰው የእኔን PHI እንዲኖረው ብፈልግስ?

በዚህ ማስታወቂያ ውስጥ ያልተዘረዘሩ አንዳንድ ማጋራቶች የእርስዎን ፈቃድ ይፈልጋሉ። ያለእርስዎ የጽሑፍ ፈቃድ የእርስዎን PHI ለገበያ አንጠቀምም ወይም የእርስዎን PHI አንሸጥም። ለሚከተሉት የእርስዎን PHI እንድናካፍል የፈቃድ ቅጽ እንዲፈርሙ ይጠየቃሉ፡-

- አገልግሎቶችን ወይም እንክብካቤን ለመስጠት የእርስዎን ፈቃድ ከፈለግን፤
- የሳይኮቴራፒ ማስታወሻዎችን ለማጋራት የእርስዎን ፈቃድ ከፈለግን፤
- ያለእርስዎ ፈቃድ በሕግ ያልተፈቀዱ ምክንያቶች የእርስዎን PHI ወደ ሌላ ኤጀንሲ ወይም አገልግሎት አቅራቢ እንድንልክ ከፈለጉ፤ ወይም
- PHI ለሌላ ሰው እንደ ጠበቃዎ፣ ዘመድዎ ወይም ሌላ ተወካይ እንዲላክ ይፈልጋሉ።

የእርስዎን PHI ለማጋራት ፍቃድዎ በቅጹ ላይ እስከሚያስገቡት የመጨረሻ ቀን ድረስ ይሠራል። የዘረዘሩትን PHI ብቻ ነው ማጋራት የምንችለው። ወደ DSHS በመጻፍ ይህንን ፈቃድ መሰረዝ ወይም መለወጥ ይችላሉ።

የእኔን PHI ማየት እችላለሁ?

የእርስዎን PHI፣ በወረቀት ወይም በኤሌክትሮኒክ መልክ ማየት ይችላሉ። ከጠየቁ፣ የእርስዎን PHI ቅጂ ያገኛሉ። DSHS ለቅጂዎች ተመጣጣኝ ክፍያ ሊያስከፍልዎ ይችላል።

በእኔ PHI ላይ የገለጻዎች ዝርዝር ሊኖረኝ ይችላል?

ለህክምና፣ ለክፍያ፣ ለኦፕሬሽኖች ወይም ከፈቃድዎ ጋር ከተደረጉት መግለጫዎች በስተቀር ባለፉት ስድስት ዓመታት ውስጥ የእርስዎ PH መግለጫዎች ዝርዝር የሆነ የሂሳብ አያያዝ የማግኘት መብት አለዎት። በማንኛውም የ12 ወራት ጊዜ ውስጥ ከአንድ በላይ የሂሳብ አያያዝ ከጠየቁ፣ DSHS ተመጣጣኝ ክፍያ ሊያስከፍልዎ ይችላል።

የእኔን PH መቀየር እችላለሁ?

የእርስዎ PHI የተሳሳተ ነው ብለው ካሰቡ፣ አዲስ PHI እንድንቀይር ወይም እንድንጨምር በጽሑፍ ሊጠይቁን ይችላሉ።

ጥያቄውን እንመለከታለን ነገር ግን መስማማት አይጠበቅብንም። እንዲሁም የእርስዎን PHI ቅጂ ለሌላቸው ሌሎች ለውጦችን እንድንልክ ሊጠይቁ ይችላሉ።

የእኔን PHI ለማጋራት እና እንዴት እንደማገኘው ገደብ ማድረግ እችላለሁ?

የእርስዎን PHI አጠቃቀም እና መጋራት ለመገደብ በጽሑፍ ሊጠይቁን ይችላሉ ነገርግን መስማማት የለብንም። እንዲሁም የእርስዎን PHI በተለየ ቅርጸት ወይም በሌላ ቦታ እንድንልክልዎት ሊጠይቁ ይችላሉ።

ጥሰት ምንድን ነው?

ጥሰት ማለት በ HIPAA ስር ያልተፈቀደ የ PHI አጠቃቀም ወይም ይፋ ማድረግ ሲሆን ይህም በስርቆት፣ በስህተት ወይም በጠለፋ ማጣትንም ይጨምራል። በHIPAA መሠረት የእርስዎ PHI ላይ ጥሰት ካለ በፖስታ እናሳውቀዎታለን።

የዚህን የግላዊነት ማስታወቂያ ቅጂ ማግኘት እችላለሁ?

አዎ። ይህ የግላዊነት ማስታወቂያ መውሰድ ይችላሉ። ይህን ማስታወቂያ በኤሌክትሮኒካዊ መንገድ ካገኙ፣ የወረቀት ቅጂ ሊጠይቁ ይችላሉ፣ እና አንዱን እንሰጥዎታለን።

PHI የግላዊነት ልምዶች ቢቀየሩስ?

ይህንን ማስታወቂያ ማክበር አለብን። ይህን ማስታወቂያ የመቀየር መብት አለን። ሕጎቻችን ወይም የግላዊነት ተግባሮቻችን ከተቀየሩ፣ ይህን ማስታወቂያ እናዘምነዋለን እና ቅጂ እንልክልዎታለን ወይም ስለ አዲሱ ማስታወቂያ እና የት እንደሚያገኙት መረጃ እንልክልዎታለን።

ስለዚህ ማስታወቂያ ወይም የPHI መብቶቼ ጥያቄዎች ካሉኝ ማንን አነጋግራለሁ?

ስለዚህ ማስታወቂያ ማንኛውም አይነት ጥያቄ ካለዎት የDSHS ግላዊነት ኦፊሰርን በDSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov ወይም (360) 902-8278 ማግኘት ይችላሉ።

የPHI ግላዊነት መብቴን መጣሱን እንዴት ሪፖርት አደርጋለሁ?

የPHI ግላዊነት መብቶችዎ ተጥሰዋል ብለው ካመኑ በሚከተለው ቅሬታ ማቅረብ ይችላሉ፡-

የ DSHS የግላዊነት ኦፊሰር፣ Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 ወይም በኢሜይል DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov። ቅሬታ ካቀረቡ፣ DSHS የእርስዎን አገልግሎቶች አይለውጥም ወይም አያቆምም እና በእርስዎ ላይ አጸፋ ሊወስድ አይገባም።

ወይም

ቅሬታዎን በሚከተለው በመስመር ላይ ያስገቡ፡- https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf ወይም ወደዚህ በጽሑፍ ያስገቡ፡- Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, ስልክ (800) 368-1019። ለDHHS ማንኛውም ቅሬታዎች የተጠየቀው የግላዊነት ጥሰት በ180 ቀናት ውስጥ መቅረብ አለበት።

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(ለደንበኛ የህክምና መረጃ የ DSHS የግላዊነት ተግባራት ማስታወቂያ)
ከኖቬምበር 1፣ 2025 ጀምሮ ተግባራዊ ይሆናል

Acknowledgement (እውቅና መስጠት)

(DSHS ቀጥተኛ የጤና እንክብካቤ ሕክምና ሲሰጥ የሚያስፈልግ)

የደንበኛ ስም	የደንበኛ የልደት ቀን

የDSHS የግላዊነት ማስታወቂያ ቅጂ ተቀብያለሁ እና DSHS እንዴት የግል የጤና መረጃዬን እንደሚጠቀም እና እንደሚያካፍል ጥያቄዎችን ለመጠየቅ እድል አግኝቻለሁ።

የደንበኛ ወይም የግል ተወካይ ፊርማ	ቀን

For DSHS Office Use Only (ለDSHS አጠቃቀም ብቻ)

To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.

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)	Staff Member's Name and Title (Please Print)
Staff's Signature	Staff's Signature