DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (ملاحظة ممارسات الخصوصية للمعلومات الطبية للعميل)
للمعلومات الطبية للعميل

سار في November 1, 2025

يجب على DSHS إخطارك بقانون نقل Health Insurance Portability and Accountability Act (التأمين الطبي الخاص بك ومسؤوليته، HIPAA) وحقوق الخصوصية. (45 CFR §164.520). يعتبر DSHS "كيان هجين." ليست جميع DSHS مغطاة بواسطة HIPAA، ولكن البرامج المدونة فقط مثل عناصر الرعاية الصحية على متصفح DSHS مغطاه بواسطة HIPAA. تطبق هذه الملاحظة للعملاء المخدومين فقط من هؤلاء البرامج المُغطاه. لا تؤثر هذه الملاحظة على أحقيتك لخدمات DSHS.

توضح هذه الملاحظة كيف يمكن أن تُستخدم معلوماتك الطبية ويُفصح عنها، وكيف يمكنك أن تحصل على هذه المعلومات. لذا يُرجى قراءته بعناية تامة.

ما هي PHI؟

Protected Health Information (المعلومات الصحية المحمية، PHI) هي المعلومات الطبية للعميل في حيازة أجزاء من DSHS المُغطاة بواسطة HIPAA. تعد PHI معلومات طبية مرتبطة بك فيما يتعلق بحالتك الصحية أو ظروفها، أو الاهتمام الصحي الذي تتلقاه، أو دفع تكاليف اهتمامك الصحي. يجب على DSHS أن تحافظ على PHI الخاص بك بموجب القانون.

ما هي PHI التي لدى DSHS عني؟

ربما تحتاج إمدادنا بمعلومات طبية أو صحية متضمنة موقعك أو معلوماتك المالية أو سجلاتك الطبية، لمساعدتنا لخدمتك. ربما نأخذ أيضا PHI عنك من مصادر أخرى ضرورية لخدمتك أو الدفع لاهتمامك.

من يطلع على PHI الخاصة بي؟

نستخدم أقل نسبة من PHI التي نحتاجها لأداء مهامنا. ربما نشارك PHI مع البرامج الأخرى أو الأشخاص إذا سُمح لذلك بموجب القانون أو بإذن منك. على سبيل المثال، ربما يُعطى PHI الخاص بك أو يستخدمه Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية) وموفروا خدمة الاهتمام الصحي الأخرين للتنسيق لاهتمامك الصحي والدفع له. ربما نشارك PHI ماضي أو حاضر أو مستقبلي.

ما هو PHI الذي تشاركه DSHS؟

نشارك PHI الخاص بك الذي يحتاجه الآخرون لأداء مهامهم والمسموح به بموجب القانون. ربما تطلب قائمة بمن شاركت DSHS معهم PHI الخاص بك لبعض الأغراض في الست سنوات الماضية.

متى تشارك DSHS PHI؟

نشارك PHI عند "الحاجة لمعرفة أُسس" لتنسيق خدمات وللعلاج والدفع وخدمات الاهتمام الصحية. ممكن أن نشارك معلومات على سبيل المثال:

- مع موفرين الخدمة الصحية لتقديم العلاج الطبي وإدارة الحالة.
- مع الشخص المسؤول عن الدفع لخدمات الاهتمام الصحية من أجل التجهيز للدفع.
- لحسم إذا كنت جدير ببرامج DSHS.
- لدعم عمليات أعمالنا، فعلى سبيل المثال لتحديد إذا تلقيت اهتمام يوافق المعايير القانونية من موفرين الخدمة. يمكن أن تشمل هذه الأعمال تجميع البيانات وإدارة خطر الأعمال والتدقيق.

متي ممكن أن تشارك DSHS PHI الخاص بي بدون تفويضي؟

بالإضافة إلى الإفصاح عن العلاج والمدفوعات وعمليات الاهتمام الصحية، فممكن أن تشارك DSHS ال PHI بدون تصريح منك لبعض الأسباب الأخرى. ربما نكون مطالبين بمشاركة PHI الخاصة بك أو مسموح لنا بمشاركتها وذلك بموجب القانون. تتضمن بعض الأمثلة الحاجة إلى:

- مشاركة معلومات صحية عنك مع صديق أو فرد من العائلة شارك في الاهتمام بك. لديك الحق في الاعتراض على هذه المشاركة. لن نفصح عنها لفرد العائلة أو صديق إذا اعترضت.
- المشاركة مع هيئة الصحة العامة لأعمال الصحة العامة مثل منع المرض أو التحكم فيه أو الإصابة أو تقرير المواليد والوفاة.
- تقرير حوادث إيذاء الطفل أو البالغين أو الإهمال أو العنف العائلي Child Protective Services (لخدمات حماية الطفل) أو Adult Protective Services (خدمات حماية البالغين) أو الشرطة أو هيئات أخرى.
- تقديم سجلات بناء على طلب المحكمة أو استدعاء إلى المحكمة أو طلب اكتشاف أو عمليات قانونية أخرى أو للإجراءات القضائية والإدارية.
- مشاركة PHI مع الهيئات الرقابية التي ترخص المختصين في مجال الصحة وترخص وتعاين المرافق الصحية مثل منازل الرعاية الصحية والمستشفيات.
- مشاركة PHI مع هيئات الهيئات الحكومية الفيدرالية والولائية للاهتمام بك ، إن لزم الأمر لتحديد ما إذا كنت مؤهلًا للحصوا على الخدمات أو الامتيازات أو كما مصرح بموجب القانون.
- اعطاء PHI للآباء أو والدين القصر.
- مشاركة PHI لمنع التهديد الخطير أو المتوسط للحياة أو تقليله أو سلامة الشخص أو العامة.
- مشاركة PHI معينة مع مسؤولو تنفيذ القانون.
- مشاركة PHI لبحث، ولمشروع بحث موافق عليه، عندما تكون خصوصيتك محفوظة.
- المشاركة مع السلطات العسكرية في بعض المواقف، إذا كنت في القوات المسلحة أو محارب قديم.
- إعطاء PHI لهيئات تعويض العمال.
- استخدام PHI أو الإفصاح عنها في حالة الطوارئ أو أغراض الإغاثة في حالات الكوارث.
- مشاركة PHI الخاصة بك بعد وفاتك مع منفذ الوصية للتركة أو الطبيب الشرعي أو منظم عملية الدفن أو عملية زراعة الأعضاء.
- عندما يسمح لها بموجب القانون أو تطلب

سجلات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات

لن نشارك share substance use disorder (سجلات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات، SUD) حتي نأخذ موافقتك أو تُصرح بواسطة قواعد 42 C .F.R. الجزء الثاني (الجزء الثاني). إذا تلقينا سجلات الجزء الثاني الخاصة بك من شخص آخر مثل مرفر خدمة SUD الخاص بك، فربما نفصح عن السجلات إذا سُمح استنادًا إلى HIPAA. مع ذلك، لن نفصح بسجلات SUD للجلسات المدنية والإدارية والتشريعية ضدك إلا إذا وافقت كتابيًا أو بناء على طلب المحكمة.

ماذا لو أردت لشخص آخر أن يأخذ PHI الخاصة بي؟

تحتاج بعض المشاركة غير المدرجة في هذه الملاحظة لإذنك. لن نستخدم PHI الخاصة بك للتسويق إليها أو بيعها بدون إذن مدون منك. سيُطلب منك التوقيع على نموذج تفويض للسماح لنا بمشاركة PHI الخاصة بك إذا:

- نحتاج إذنك لتوفير الخدمات والاهتمام.
- نحتاج إذنك لمشاركة ملاحظات الطب النفسي.
- تريد منا إرسال PHI الخاصة بك لوكالة أخرى أو موفر خدمة لأسباب غير مسموح بها بموجب القانون بدون إذنك. أو
- تريد إرسال PHI لشخص آخر على سبيل المثال المحامي الخاص بك أو قريب أو ممثل أخر.

إذنك لمشاركة PHI الخاصة بك فعال حتى إنتهاء التاريخ المذكور في النموذج. يمكننا مشاركة PHI التي أدرجتها فقط. من الممكن إلغاء هذا الإذن أو تغييره بالكتابة إلى DSHS.

هل يمكنني رؤية PHI الخاصة بي؟

يمكنك رؤية PHI الخاصة بك في صورة ورقية أو إلكترونية. سنعطيك نسخة من PHI الخاصة بك إذا طلبت. ربما تلزمك DSHS بالرسوم المعقولة من أجل النسخ.

هل يمكنني الحصول على قائمة بالإفصاحات عن PHI الخاصة بي؟

لديك الحق في الحصول على تقرير يحتوي على قائمة الإفصاحات عن PH الخاص بك في الست سنوات الماضية ماعدا الإفصاح عن العلاج أو المدفوعات أو العمليات أو بإذنك. إذا طلبت أكثر من حساب واحد في غضون أي 12 شهرًا، فربما تلزمك DSHS بالرسوم المعقولة.

هل يمكنني تغيير PHI الخاصة بي؟

إذا اعتقدت أن PHI الخاصة بك خطأ، فيمكنك الطلب منا كتابيًا تغيير أو إضافة PHI جديدة.

سنأخذ الطلب في الاعتبار لكننا غير مُطالبين بالموافقة. ربما تطلب أيضًا أن نرسل أي تعديلات للآخرين الذين لديهم نسخ من PHI الخاص بك.

هل يمكنني وضع حدود لمشاركة PHI الخاصة بي وكيف أحصل عليها؟

من الممكن أن تطلب منا كتابيًا أن نحدد استخدام PHI الخاصة بك أو مشاركتها، لكن ليس علينا الموافقة. من الممكن أن تطلب منا نقل PHI الخاصة بك بصيغة مختلفة أو إلى أماكن مختلفة.

ما هو الانتهاك؟

الانتهاك هو استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها متضمنة الفقد عن طريق السرقة أو الخطأ أو الاختراق، والتي لا يُسمح بها بموجب HIPAA. إذا حدث هناك انتهاك ل PHI الخاصة بك سنخبرك عبر البريد الإلكتروني بموجب HIPAA.

هل يمكنني الحصول على نسخة من ملاحظة الخصوصية هذه؟

نعم. ملاحظة الخصوصية هذه لك للاحتفاظ بها. ربما تطلب نسخة ورقية إذا حصلت على ملاحظة الخصوصية إلكترونيًا وسنعطيك واحدة.

ماذا لو تغيرت ممارسات خصوصية PHI؟

يُطلب منا الالتزام بهذه الملاحظة. لدينا الحق في تغيير هذه الملاحظة. سنحدث هذه الملاحظة إذا تغيرت القوانين أو ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، وسنرسل لك نسخة أو معلومات عن الملاحظة الجديدة وأين يمكنك إيجادها.

من اتواصل معه إذا كانت لدي أسئلة حول هذه الملاحظة أو حقوق PHI الخاصة بي؟

يمكنك التواصل مع مسؤول خصوصية DSHS إذا كانت لديك أي تساؤلات حول هذه الملاحظة على DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov أو (360) 902-8278.

كيف يمكنني الإبلاغ عن انتهاك حقوق خصوصية PHI الخاصة بي؟

يمكنك تقديم شكوى إذا تعتقد أن حقوق خصوصية PHI الخاصة بك إلى:

مسؤول خصوصية DSHS، Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 أو عبر البريد الإلكتروني إلى DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. لن تغير DSHS خدماتك أو تقفها إذا قدمت شكوى ويجب ألا تنتقم منك.

أو

قدم شكوتك أونلاين على: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf
أو بالكتابة إلى: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, **200** Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, هاتف (800) 368-1019. يجب تقديم أي شكاوى إلى DHHS في غضون 180 يومًا من انتهاك الخصوصية المزعوم.

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(ملاحظة ممارسات الخصوصية للمعلومات الطبية للعميل)
سار في November 1, 2025

Acknowledgement (إقرار)

(ضرورية عند توفير DSHS العلاج المباشر للاهتمام الصحي)

اسم العميل	تاريخ ميلاد العميل

استلمت نسخة من ملاحظة خصوصية DSHS وأتيحت لي فرصة طرح الأسئلة عن كيف ستستخدم DSHS معلوماتي الشخصية الصحية أو تشاركها.

توقيع العميل أو الممثل الشخصي له	التاريخ

For DSHS Use Only (لاستخدام DSHS فقط)

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