सेवाग्राहीको चिकित्सा जानकारीको गोपनीयता अभ्यासहरूको DSHS सूचना

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information

प्रभावकारी नोभेम्बर 1, 2025

DSHS ले तपाईंको स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी र एकाउन्टेबिलिटी ऐन (HIPAA) को गोपनीयता अधिकारका बारेमा तपाईंलाई सूचित गर्नुपर्छ। (45 CFR §164.520). DSHS एक "हाइब्रिड संस्था" हो। सबै DSHS लाई HIPAA द्वारा समेटिएको हुँदैन, DSHS वेबसाइटको स्वास्थ्य स्याहारका तत्वहरू समेटिएका हुन्छन्। यो सूचना समेटिएका ती कार्यक्रमहरूबाट सेवा लिने सेवाग्राहीहरूलाई मात्र लागू हुन्छ। यो सूचनाले तपाईंको DSHS सेवाहरूको योग्यतालाई प्रभाव पार्दैन।

यस सूचनाले तपाईंको बारेमा चिकित्सा जानकारी कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सकिन्छ र तपाईंले यो जानकारी कसरी प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने पनि बताउँछ। कृपया यसको ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।

PHI के हो?

संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PHI) भनेको HIPAA मा समाविष्ट DSHS का भागहरूद्वारा राखिएको सेवाग्राहीको चिकित्सा जानकारी हो। PHI भनेको तपाईंको स्वास्थ्य स्थिति वा अवस्था, तपाईंले प्राप्त गर्ने स्वास्थ्य स्याहार वा तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारको भुक्तानीका बारेमा तपाईंसँग लिङ्क भएको चिकित्सा जानकारी हो। DSHS ले तपाईंको PHI लाई कानुनद्वारा संरक्षण गर्नुपर्छ।

मेरो बारेमा DSHS सँग भएको जानकारीलाई PHI ले के गर्छ?

हामीलाई तपाईंलाई सेवा प्रदान गर्नमा मद्दत गर्नको लागि, तपाईंले आफ्नो स्थान, वित्तीय जानकारी वा चिकित्सा रेकर्डहरू सहित चिकित्सा वा स्वास्थ्य जानकारी हामीलाई दिन आवश्यक पर्न सक्छ। तपाईंलाई सेवा दिन वा तपाईंको स्याहारका लागि भुक्तानी गर्न आवश्यक पर्ने अन्य स्रोतहरूबाट पनि हामी तपाईंका बारेमा PHI प्राप्त गर्न सक्छौँ।

मेरो PHI कसले हेर्छ?

हामीले हाम्रो काम गर्न आवश्यक पर्ने सबैभन्दा कम मात्रामा PHI मात्र प्रयोग गर्छौँ। कानुनले अनुमति दिएमा वा तपाईंले अनुमति दिएमा हामी अन्य कार्यक्रम वा व्यक्तिहरूसँग PHI साझा गर्न सक्छौँ। उदाहरणका लागि, तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारमा सहकार्य गर्न र त्यसको भुक्तानी गर्नको लागि तपाईंको PHI स्वास्थ्य स्याहार अधिकारी र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई प्रदान गर्न सकिन्छ र उनीहरूले प्रयोग गर्न सक्छन्। हामीले विगतको, हालको वा भविष्यको PHI साझा गर्न सक्छौँ।

DSHS ले के-कस्ता PHI साझा गर्छ?

हामीले अरूलाई आफ्नो काम गर्न आवश्यक छ र कानुनद्वारा अनुमति दिइएको तपाईंको PHI मात्र साझा गर्छौँ। तपाईंले विगत छ वर्षमा कुनै उद्देश्यका लागि DSHS ले तपाईंको PHI कस-कससँग साझा गर्नुभएको छ भन्ने सूची माग्न सक्नुहुन्छ।

DSHS ले PHI कहिले साझा गर्छ?

हामीले सेवाहरूमा सहकार्य गर्न र उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालनहरूको लागि “थाहा पाउन आवश्यक आधारमा” PHI साझा गर्छौँ। उदाहरणका लागि, हामी जानकारी साझा गर्न सक्छौँ:

- स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूसँग चिकित्सा उपचार र केस व्यवस्थापन प्रदान गर्न।
- स्वास्थ्य सेवाको भुक्तानीका लागि जिम्मेवार पक्षसँग भुक्तानीको व्यवस्था गर्न।
- तपाईं DSHS कार्यक्रमहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भन्ने निर्णय गर्न।
- हाम्रो व्यावसायिक सञ्चालनलाई समर्थन गर्न, जस्तै प्रदायकहरूबाट तपाईंले प्राप्त गर्ने स्याहार कानुनी मापदण्डहरू पूरा गर्नुहुन्छ कि गर्नुहुन्न भनेर निर्णय गर्न। यी गतिविधिहरूमा डाटा एकीकरण, जोखिम व्यवस्थापन गतिविधि र लेखापरीक्षणहरू समावेश हुन सक्छन्।

मेरो अनुमतिविना DSHS ले कहिले मेरो PHI साझा गर्न सक्छ?

उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि खुलासाहरूका अतिरिक्त, DSHS ले अन्य केही कारणहरूले गर्दा तपाईंको अनुमतिविना PHI साझा गर्न सक्छ। कानुनअनुसार, हामीलाई तपाईंको PHI साझा गर्न आवश्यक वा अनुमति दिन सकिन्छ। आवश्यक हुने केही उदाहरणहरू निम्न छन्:

- तपाईंको स्याहारमा संलग्न साथी वा परिवारको सदस्यसँग तपाईंका बारेमा स्वास्थ्य जानकारी साझा गर्नुहोस्। तपाईंसँग यो साझेदारीमा आपत्ति जनाउने अधिकार छ। तपाईंले आपत्ति जनाउनुभयो भने, हामी त्यो परिवारको सदस्य वा साथीलाई खुलासा गर्ने छैनौँ।
- रोग वा चोटपटक रोक्न वा नियन्त्रण गर्न वा जन्म र मृत्यु रिपोर्ट गर्ने जस्ता सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधिहरूका लागि सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिकारीहरूसँग साझेदारी गर्नुहोस्।
- बाल वा वयस्क दुर्व्यवहार वा बेवास्ता वा घरेलु हिंसाका घटनाहरू बाल सुरक्षा सेवा, वयस्क सुरक्षा सेवा, प्रहरी वा अन्य एजेन्सीहरूलाई रिपोर्ट गर्नुहोस्।
- अदालतको आदेश, कानुनी आदेश, खोज अनुरोध वा अन्य कानुनी प्रक्रियाअन्तर्गत वा न्यायिक तथा प्रशासनिक कार्यवाहीका लागि रेकर्डहरू प्रदान गर्नुहोस्।
- स्वास्थ्य पेशेवरहरूलाई इजाजतपत्र दिने र नर्सिङ होम र अस्पतालहरू जस्ता चिकित्सा सुविधाहरूलाई इजाजतपत्र र निरीक्षण गर्ने अनुगमन एजेन्सीहरूसँग PHI साझा गर्नुहोस्।
- तपाईं सेवा वा सुविधाहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनेर निर्धारण गर्न आवश्यक परेमा वा कानुनद्वारा अनुमति दिइएअनुसार, तपाईंको स्याहार गर्न संघीय र राज्य सरकारी एजेन्सीहरूसँग PHI साझा गर्नुहोस्।
- नाबालिगहरूका अभिभावक वा आमाबुवाहरूलाई PHI दिन।
- कुनै व्यक्ति वा जनताको स्वास्थ्य वा सुरक्षाका लागि गम्भीर र तत्काल खतरा रोक्न वा कम गर्न PHI साझा गर्नुहोस्।
- कानुन प्रवर्तन अधिकारीहरूसँग निश्चित PHI साझा गर्नुहोस्।
- तपाईंको गोपनीयता सुरक्षित हुँदा, अनुमोदित अनुसन्धान परियोजनाका लागि अनुसन्धानका लागि PHI साझा गर्नुहोस्।
- तपाईं सशस्त्र बलमा हुनुहुन्छ वा भेटेरन हुनुहुन्छ भने, केही परिस्थितिहरूमा सैन्य अधिकारीहरूसँग साझा गर्नुहोस्।
- कार्यकर्ताहरूको क्षतिपूर्ति एजेन्सीहरूलाई PHI दिनुहोस्।
- आकस्मिक अवस्था वा विपत्तिमा सहायता उद्देश्यहरूका लागि PHI को प्रयोग वा खुलासा गर्ने।
- तपाईंको मृत्युपछि, तपाईंको इस्टेटको व्यक्तिगत प्रतिनिधि, कोरोनर, अन्त्येष्टि निर्देशक वा अङ्ग प्रत्यारोपण संस्थासँग आफ्नो PHI साझा गर्नुहोस्।
- कानुनद्वारा अनुमति दिइएको वा आवश्यक पर्दा

लागूपदार्थ दुर्व्यसनी विकार उपचारका रेकर्डहरू

हामीसँग तपाईंको सहमति नभएसम्म वा 42 C.F.R. भाग 2 (भाग 2.) नियमहरूद्वारा अनुमति नभएसम्म हामी लागूपदार्थ दुर्व्यसनी विकार (SUD) उपचारका रेकर्डहरू साझा गर्ने छैनौँ। हामीले तपाईंको भाग 2 रेकर्डहरू तपाईंको SUD प्रदायक जस्तै अरू कसैबाट प्राप्त गर्यौं भने, हामी HIPAA अन्तर्गत अनुमति दिइएको खण्डमा रेकर्डहरू खुलासा गर्न सक्छौं। यद्यपि, तपाईंले लिखित रूपमा वा अदालतको आदेशको प्रतिक्रियामा सहमति नदिएसम्म, हामी तपाईं विरुद्धको नागरिक, फौजदारी, प्रशासनिक र वैधानिक कार्यवाहीका लागि SUD रेकर्डहरू खुलासा गर्ने छैनौं।

म अरू कसैलाई मेरो PHI गराउन चाहन्छु भने के हुन्छ?

यस सूचनामा सूचीबद्ध नभएका केही साझेदारीहरूका लागि तपाईंको अनुमति आवश्यक पर्दछ। तपाईंको लिखित अनुमतिविना हामी तपाईंको PHI मार्केटिङका लागि प्रयोग गर्ने छैनौं वा तपाईंको PHI बिक्री गर्ने छैनौं। तपाईंको PHI साझा गर्नका लागि तपाईंलाई एउटा प्राधिकरण फाराममा हस्ताक्षर गर्न भनिने छ यदि:

- सेवाहरू वा स्याहार उपलब्ध गराउन हामीलाई तपाईंको अनुमति आवश्यक परेमा;
- मनोचिकित्सा नोटहरू साझा गर्न हामीलाई तपाईंको अनुमति चाहेमा;
- तपाईंको अनुमतिविना कानुनले अनुमति नदिएको कारणले गर्दा तपाईंले आफ्नो PHI अर्को एजेन्सी वा प्रदायकलाई पठाउन चाहेमा वा
- तपाईं आफ्नो वकिल, नातेदार वा अन्य प्रतिनिधि जस्ता अरू कसैलाई PHI पठाउन चाहेमा।

तपाईंले फाराममा राख्नुभएको अन्तिम मितिसम्म तपाईंको PHI लाई साझा गर्ने तपाईंको अनुमति मान्य रहन्छ। तपाईंले सूची बनाउनुभएका PHI लाई मात्र हामीले साझा गर्न सक्छौं। तपाईंले DSHS लाई लेखेर यो अनुमति रद्द वा परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ।

मैले आफ्नो PHI हेर्न सक्छु?

तपाईंले आफ्नो PHI कागज वा इलेक्ट्रोनिक रूपमा देख्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले अनुरोध गर्नुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो PHI को प्रतिलिपि प्राप्त गर्नुहुनेछ। DSHS ले प्रतिलिपिहरूका लागि तपाईंलाई उचित शुल्क लिन सक्छ।

के मलाई मेरो PHI मा खुलासाहरूको सूची दिन सकिन्छ?

तपाईंलाई लेखासम्बन्धी अधिकार छ, जुन उपचार, भुक्तानी, सञ्चालन वा तपाईंको अनुमति लिएर गरिएको खुलासाबाहेक विगत छ वर्षमा गरिएको तपाईंको PHI को खुलासाहरूको सूची हो। तपाईंले 12-महिनाको अवधिमा एकभन्दा बढी लेखा अनुरोध गर्नुभयो भने, DSHS ले तपाईंलाई उचित शुल्क लिन सक्छ।

मैले आफ्नो PHI परिवर्तन गर्न सक्छु?

तपाईंलाई आफ्नो PHI गलत छ जस्तो लाग्छ भने, तपाईंले हामीलाई लिखित रूपमा परिवर्तन गर्न वा नयाँ PHI थप्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

हामी अनुरोधलाई विचार गर्ने छौं तर सहमत हुन आवश्यक छैन। तपाईंले हामीलाई तपाईंको PHI का प्रतिलिपिहरू भएका अन्यलाई गरिएका परिवर्तनहरू पठाउन पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

मैले मेरो PHI लाई साझा गर्न सीमित गर्न सक्छु र मैले यसलाई कसरी प्राप्त गर्न सक्छु?

तपाईंले आफ्नो PHI को प्रयोग र साझेदारी सीमित गर्न हामीलाई लिखित रूपमा अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ तर हामी सहमत हुनु आवश्यक छैन। तपाईंले हामीलाई तपाईंको PHI फरक ढाँचामा वा फरक स्थानमा पठाउन पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

उल्लङ्घन भनेको के हो?

उल्लङ्घन भनेको तपाईंको PHI लाई चोरी भएर, गल्तीले वा हृयाक भएर हराउने सहितका HIPAA अन्तर्गत अनुमति नदिइएको प्रयोग वा खुलासा हो। HIPAA अन्तर्गत तपाईंको PHI को उल्लङ्घन भएमा हामीले तपाईंलाई सूचित गर्नेछौं।

के मसँग यो गोपनीयता सूचनाको प्रतिलिपि हुन सक्छ?

सक्नुहुन्छ। यो गोपनीयता सूचना तपाईंले राख्नुपर्ने हो। तपाईंले यो सूचना इलेक्ट्रोनिक रूपमा प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले कागजी प्रतिलिपि माग्न सक्नुहुन्छ र हामी तपाईंलाई एउटा दिने छौं।

PHI गोपनीयता अभ्यासहरू परिवर्तन भएमा के हुन्छ?

हामीलाई यो सूचनालाई पालना गर्न आवश्यकता पर्छ। हामीसँग यो सूचना परिवर्तन गर्ने अधिकार हुन्छ। कानुन वा हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरू परिवर्तन भएमा, हामी यो सूचना अद्यावधिक गर्ने छौं र तपाईंलाई यसको प्रतिलिपि पठाउने छौं वा नयाँ सूचना र यसलाई कहाँ फेला पार्ने भन्नेबारे जानकारी पठाउने छौं।

मसँग यो सूचना वा मेरो PHI का अधिकारहरूको बारेमा प्रश्न भएमा मैले कसलाई सम्पर्क गर्न सक्छु?

तपाईंसँग यस सूचनाका बारेमा कुनै प्रश्न छन् भने, तपाईंले DSHS गोपनीयता अधिकारीलाई DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov वा (360) 902-8278मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ।

मैले मेरो PHI गोपनीयता अधिकारहरूको उल्लङ्घनको बारेमा कसरी रिपोर्ट गर्न सक्छु?

तपाईंलाई आफ्ना PHI गोपनीयता अधिकारहरूको उल्लङ्घन भएको लागेमा तपाईंले उजुरीलाई DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 वा इमेलमार्फत DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले उजुरी दायर गर्नुभयो भने, DSHS ले तपाईंको सेवाहरू परिवर्तन वा बन्द गर्ने छैन र तपाईं विरुद्ध बदला लिने छैन।

वा

आफ्नो गुनासो अनलाइनमा: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf वा निम्नमा लेखेर: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, फोन (800) 368-1019 गरेर पेश गर्नुहोस्। DHHS लाई बुझाइएका कुनै पनि उजुरीहरू गोपनीयताको उल्लङ्घन दाबी गरिएको 180 दिनभित्रमा बुझाइएको हुनुपर्छ।

सेवाग्राहीको चिकित्सा जानकारीको गोपनीयता अभ्यासहरूको DSHS सूचना

प्रभावकारी नोभेम्बर 1, 2025

स्वीकृति

Acknowledgement

(DSHS ले प्रत्यक्ष स्वास्थ्य स्याहार उपचार उपलब्ध गराउँदा आवश्यक हुने)

ग्राहकको नाम	ग्राहकको जन्ममिति

मैले DSHS गोपनीयता सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु र DSHS ले मेरो व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारीलाई कसरी प्रयोग र साझा गर्नेछ भन्ने बारेमा प्रश्न सोध्ने मौका पाएको छु।

ग्राहक वा व्यक्तिगत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	मिति

For DSHS Use Only (DSHS प्रयोगका लागि मात्र)

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)	Administration / Division

Staff's Signature	Date