DSHS کا رازداری پر عمل کار کا نوٹس
کلائنٹ کی طبی معلومات کے لیے
DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
1 نومبر 2025 سے مؤثر

DSHS پر لازم ہے کہ وہ آپ کو آپ کے ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی ایکٹ (HIPAA) کے تحت رازداری کے حقوق سے آگاہ کرے۔ (45 CFR §164.520)۔ DSHS ایک "ہائبرڈ ادارہ" ہے۔ DSHS کا پورا ادارہ HIPAA کے دائرہ کار میں نہیں آتا، صرف وہ پروگرام جو DSHS کی ویب سائٹ پر صحت کی دیکھ بھال کے اجزاء کے طور پر درج ہیں، HIPAA کے تحت ہیں۔ یہ نوٹس صرف ان کلائنٹس پر لاگو ہوتا ہے جو ان شامل پروگراموں سے خدمات حاصل کرتے ہیں۔ یہ نوٹس DSHS کی خدمات کے لیے آپ کی اہلیت کو متاثر نہیں کرتا ہے۔

یہ نوٹس بیان کرتا ہے کہ آپ کے بارے میں طبی معلومات کو کیسے استعمال اور ظاہر کیا جا سکتا ہے اور آپ یہ معلومات کیسے حاصل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم اس کا بغور جائزہ لیں۔

PHI کیا ہے؟

محفوظ صحت کی معلومات (PHI) کلائنٹ کی وہ طبی معلومات ہے جو DSHS کے ان حصوں کے پاس محفوظ ہوتی ہے جو HIPAA کے تحت آتے ہیں۔ PHI آپ سے منسلک وہ طبی معلومات ہے جو آپ کی صحت کی حیثیت یا حالت، آپ کی حاصل کردہ صحت کی دیکھ بھال، یا آپ کی صحت کی دیکھ بھال کی ادائیگی کے بارے میں ہوتی ہے۔ DSHS قانون کے مطابق آپ کے PHI کا تحفظ کرنے کا پابند ہے۔

DSHS کے پاس میرے بارے میں کون سا PHI ہے؟

ہمیں آپ کی خدمت کرنے میں مدد کے لیے، آپ کو اپنا مقام، مالی معلومات یا طبی ریکارڈز سمیت اپنی طبی یا صحت کی معلومات ہمیں فراہم کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ہم آپ کو خدمات فراہم کرنے یا آپ کی دیکھ بھال کی ادائیگی کے لیے ضروری دیگر ذرائع سے بھی آپ کا PHI حاصل کر سکتے ہیں۔

میرا PHI کون دیکھتا ہے؟

ہم اپنا کام کرنے کے لیے PHI کی صرف کم از کم درکار مقدار استعمال کرتے ہیں۔ اگر قانون کے لحاظ سے اجازت ہو یا اگر آپ اجازت دیں تو ہم دیگر پروگراموں یا افراد کے ساتھ PHI کا اشتراک کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، آپ کی صحت کی دیکھ بھال کو مربوط کرنے اور اس کی ادائیگی کے لیے آپ کا PHI صحت کی دیکھ بھال کی اتھارٹی اور نگہداشت صحت کے دیگر فراہم کنندگان کو دیا اور استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ہم ماضی، حال، یا مستقبل کے PHI کا اشتراک کر سکتے ہیں۔

DSHS کون سا PHI شیئر کرتا ہے؟

ہم آپ کے صرف اسی PHI کا اشتراک کرتے ہیں جس کی دوسروں کو اپنا کام کرنے کے لیے ضرورت ہوتی ہے اور جس کی قانون اجازت دیتا ہے۔ آپ اس بات کی فہرست مانگ سکتے ہیں کہ پچھلے چھ سالوں میں DSHS نے کسی مقصد کے لیے آپ کے PHI کا کس کے ساتھ اشتراک کیا ہے۔

DSHS کب PHI کا اشتراک کرتا ہے؟

ہم خدمات کو مربوط کرنے اور علاج، ادائیگی اور نگہداشت صحت کے کاموں کے لیے "جاننے کی ضرورت کی بنیاد" پر PHI کا اشتراک کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر، ہم معلومات کا اشتراک کر سکتے ہیں:

- طبی علاج اور کیس مینجمنٹ فراہم کرنے کے لیے نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے ساتھ
- ادائیگی کا بندوبست کرنے کے لیے نگہداشت صحت کی خدمات کی ادائیگی کی ذمہ دار پارٹی کے ساتھ
- یہ فیصلہ کرنے کے لیے کہ کیا آپ DSHS پروگراموں کے اہل ہیں۔
- ہمارے کاروباری کاموں میں مدد کے لیے، جیسے کہ یہ فیصلہ کرنے کے لیے کہ آیا آپ کو فراہم کنندگان سے ملنے والی دیکھ بھال قانونی معیارات پر پورا اترتی ہے یا نہیں۔ ان سرگرمیوں میں ڈیٹا جمع کرنا، خطرے کے انتظام کی سرگرمیاں اور آڈٹ شامل ہو سکتے ہیں۔

DSHS میری اجازت کے بغیر میرے PHI کا کب اشتراک کر سکتا ہے؟

علاج، ادائیگی اور صحت کی دیکھ بھال کے کاموں کے لیے معلومات ظاہر کرنے کے علاوہ، DSHS کچھ دیگر وجوہات کی بنا پر آپ کی اجازت کے بغیر بھی PHI کا اشتراک کر سکتا ہے۔ قانون کے مطابق، ہم آپ کا PHI کا اشتراک کرنے کے پابند یا مجاز ہو سکتے ہیں۔ کچھ مثالوں میں درج ذیل ضروریات شامل ہیں:

- آپ کی دیکھ بھال میں شامل کسی دوست یا خاندان کے فرد کے ساتھ آپ کے بارے میں صحت کی معلومات کا اشتراک کرنا۔ آپ کو اس اشتراک پر اعتراض کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ اعتراض کرتے ہیں، تو ہم اسے اس خاندان کے فرد یا دوست پر ظاہر نہیں کریں گے۔
- صحت عامہ کی سرگرمیوں کے لیے صحت عامہ کے حکام کے ساتھ کا اشتراک کرنا جیسا کہ بیماری یا چوٹ کو روکنا یا کنٹرول کرنا یا پیدائش اور اموات کی اطلاع دینا۔
- بچوں کی حفاظتی خدمات، بالغوں کی حفاظتی خدمات، پولیس یا دیگر ایجنسیوں کو بچے یا بالغ کے ساتھ بدسلوکی یا غفلت یا گھریلو تشدد کے واقعات کی اطلاع دینا۔
- عدالتی حکم، طلبی کے سمن، شواہد کی طلبی (دریافت) کی درخواست، یا دیگر قانونی عمل کے تحتیا عدالتی اور انتظامی کارروائیوں کے لیے ریکارڈ فراہم کرنا۔
- ان نگران ایجنسیوں کے ساتھ PHI کا اشتراک کرنا جو صحت کے پیشہ ور افراد کو لائسنس دیتی ہیں اور طبی سہولیات، جیسے نرسنگ ہومز اور ہسپتالوں کو لائسنس دیتی ہیں اور ان کا معائنہ کرتی ہیں۔
- آپ کی دیکھ بھال کے لیے وفاقی اور ریاستی حکومتی ایجنسیوں کے ساتھ PHI کا اشتراک کرنا، اگر یہ تعین کرنے کے لیے ضروری ہو کہ آیا آپ خدمات یا فوائد کے اہل ہیں، یا جیسا کہ قانون کے لحاظ سے اجازت ہے۔
- نابالغوں کے سرپرستوں یا والدین کو PHI دینا۔
- کسی شخص یا عوام کی صحت یا حفاظت کے لیے سنگین اور فوری خطرے کو روکنے یا کم کرنے کے لیے PHI کا اشتراک کرنا۔
- قانون نافذ کرنے والے اہلکاروں کے ساتھ کچھ مخصوص PHI کا اشتراک کرنا۔
- تحقیق کے لیے، کسی منظور شدہ تحقیقی پروجیکٹ کے لیے PHI کا اشتراک کرنا، جب آپ کی رازداری محفوظ ہو۔
- اگر آپ مسلح افواج میں ہیں یا سابق فوجی ہیں، تو کچھ حالات میں فوجی حکام کے ساتھ کا اشتراک کرنا۔
- ملازمین کے معاوضے سے متعلق ایجنسیوں کو PHI دینا۔
- ہنگامی صورتحال کی صورت میں یا آفات میں ریلیف کے مقاصد کے لیے PHI کا استعمال یا ظاہر کرنا۔
- آپ کی موت کے بعد، آپ کی جائیداد کے ذاتی نمائندے، کورونر، تجہیز و تکفین کے ڈائریکٹر، یا اعضاء کی پیوند کاری کے ادارے کے ساتھ آپ کا PHI کا اشتراک کرنا۔
- جب قانون کی طرف سے اجازت ہو یا تقاضا ہو

منشیات کے استعمال کے عارضے کے علاج کا ریکارڈ

ہم منشیات کے استعمال کی خرابی (SUD) کے علاج کا ریکارڈ اس وقت تک کا اشتراک نہیں کریں گے جب تک کہ ہمیں آپ کی رضامندی حاصل نہ ہو، یا اسے 42 C.F.R پارٹ 2 (پارٹ 2.) کے قوانین کے تحت اجازت نہ ہو۔ اگر ہم آپ کے پارٹ 2 کے ریکارڈ کسی اور سے حاصل کرتے ہیں، جیسے کہ آپ کے SUD فراہم کنندہ سے، تو ہم یہ ریکارڈ ظاہر کر سکتے ہیں اگر HIPAA کے تحت اس کی اجازت ہو۔ تاہم، ہم آپ کے خلاف دیوانی، فوجداری، انتظامی اور قانون ساز کارروائیوں کے لیے SUD کے ریکارڈز ظاہر نہیں کریں گے، جب تک کہ آپ تحریری طور پر رضامندی نہ دیں، یا عدالتی حکم کے جواب میں نہ ہو۔

اگر میں چاہوں کہ کسی اور کے پاس میرا PHI ہو تو کیا ہوگا؟

کچھ شیئرنگ جو اس نوٹس میں درج نہیں ہے اس کے لیے آپ کی اجازت درکار ہوتی ہے۔ ہم آپ کی تحریری اجازت کے بغیر مارکیٹنگ کے لیے آپ کا PHI استعمال نہیں کریں گے اور نہ ہی آپ کا PHI فروخت کریں گے۔ آپ سے کہا جائے گا کہ آپ ہمیں اپنا PHI کا اشتراک کرنے کی اجازت دینے کے لیے ایک اجازت نامے کے فارم پر دستخط کریں اگر:

- خدمات یا دیکھ بھال فراہم کرنے کے لیے ہمیں آپ کی اجازت درکار ہو؛
- سائیکو تھراپی کے نوٹس کا اشتراک کرنے کے لیے ہمیں آپ کی اجازت درکار ہو؛
- آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کا PHI کسی دوسری ایجنسی یا فراہم کنندہ کو ان وجوہات کی بنا پر بھیجیں جن کی آپ کی اجازت کے بغیر قانون کے ذریعے اجازت نہیں ہے؛ یا
- آپ چاہتے ہیں کہ PHI کسی اور کو بھیجا جائے، جیسے کہ آپ کے وکیل، رشتہ دار، یا کسی اور نمائندے کو۔

آپ کے PHI کو کا اشتراک کرنے کی آپ کی اجازت اس آخری تاریخ تک کارآمد ہے جو آپ فارم پر درج کرتے ہیں۔ ہم صرف وہی PHI کا اشتراک کر سکتے ہیں جو آپ درج کرتے ہیں۔ آپ DSHS کو تحریری طور پر مطلع کر کے اس اجازت کو منسوخ یا تبدیل کر سکتے ہیں۔

کیا میں اپنا PHI دیکھ سکتا ہوں؟

آپ اپنا PHI، کاغذی یا الیکٹرانک شکل میں دیکھ سکتے ہیں۔ اگر آپ مانگتے ہیں، تو آپ کو اپنے PHI کی ایک کاپی مل جائے گی۔ کاپیوں کے لیے DSHS آپ سے مناسب فیس وصول کر سکتا ہے۔

کیا میں اپنے PHI کے انکشافات کی فہرست حاصل کر سکتا ہوں؟

آپ کو ایک ریکارڈ حاصل کرنے کا حق ہے، جو پچھلے چھ سالوں میں آپ کے PHI کے انکشافات کی ایک فہرست ہے، سوائے علاج، ادائیگی، کاموں کے لیے، یا آپ کی اجازت سے کیے گئے انکشافات کے۔ اگر آپ کسی بھی 12 ماہ کے عرصے میں ایک سے زیادہ ریکارڈ کی درخواست کرتے ہیں، تو DSHS آپ سے ایک مناسب فیس وصول کر سکتا ہے۔

کیا میں اپنا PHI تبدیل کر سکتا ہوں؟

اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کا PHI غلط ہے، تو آپ تحریری طور پر ہم سے اسے تبدیل کرنے یا نیا PHI شامل کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔

ہم درخواست پر غور کریں گے لیکن اس سے اتفاق کرنے کے پابند نہیں ہیں۔ آپ یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ ہم کوئی بھی تبدیلیاں ان دیگر افراد کو بھیجیں جن کے پاس آپ کے PHI کی کاپیاں ہیں۔

کیا میں اپنا PHI کا اشتراک کرنے اور اسے حاصل کرنے کے طریقے پر پابندیاں لگا سکتا ہوں؟

آپ ہم سے تحریری طور پر اپنے PHI کے استعمال اور کا اشتراکنگ کو محدود کرنے کے لیے کہہ سکتے ہیں، لیکن ہمارا اتفاق کرنا ضروری نہیں ہے۔ آپ یہ بھی درخواست کر سکتے ہیں کہ ہم آپ کا PHI آپ تک کسی مختلف فارمیٹ میں یا کسی مختلف مقام پر پہنچائیں۔

خلاف ورزی کیا ہے؟

خلاف ورزی آپ کے PHI کا وہ استعمال یا انکشاف ہے جس کی HIPAA کے تحت اجازت نہیں ہے، بشمول چوری، غلطی یا ہیکنگ کے ذریعے ہونے والا نقصان۔ اگر HIPAA کے تحت آپ کے PHI کی کوئی خلاف ورزی ہوتی ہے تو ہم آپ کو بذریعہ ڈاک مطلع کریں گے۔

کیا مجھے رازداری کے اس نوٹس کی ایک کاپی مل سکتی ہے؟

جی ہاں۔ رازداری کا یہ نوٹس آپ کے پاس رکھنے کے لیے ہے۔ اگر آپ کو یہ نوٹس الیکٹرانک طور پر موصول ہوا ہے، تو آپ کاغذی کاپی کے لیے کہہ سکتے ہیں، اور ہم آپ کو ایک کاپی دے دیں گے۔

اگر PHI کی رازداری کے طریقوں میں تبدیلی آتی ہے تو کیا ہوگا؟

ہم اس نوٹس کی تعمیل کرنے کے پابند ہیں۔ ہمیں اس نوٹس کو تبدیل کرنے کا حق حاصل ہے۔ اگر قوانین یا ہمارے رازداری کے طریقوں میں تبدیلی آتی ہے، تو ہم اس نوٹس کو اپ ڈیٹ کریں گے اور آپ کو ایک کاپی بھیجیں گے یا آپ کو نئے نوٹس کے بارے میں معلومات بھیجیں گے کہ اسے کہاں تلاش کیا جائے۔

اگر مجھے اس نوٹس یا اپنے PHI کے حقوق کے بارے میں سوالات ہوں تو میں کس سے رابطہ کروں؟

اگر آپ کو اس نوٹس کے حوالے سے کوئی سوالات ہیں، تو آپ DSHS کے پرائیویسی آفیسر سے DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov یا (360) 902-8278 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔

میں اپنے PHI کی رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی کی اطلاع کیسے دوں؟

اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کے PHI کی رازداری کے حقوق کی خلاف ورزی ہوئی ہے تو آپ درج ذیل پر شکایت درج کر سکتے ہیں:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 یا DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov پر ای میل کے ذریعے۔ اگر آپ شکایت درج کرتے ہیں، تو DSHS آپ کی خدمات کو تبدیل یا بند نہیں کرے گا اور اسے آپ کے خلاف انتقامی کارروائی نہیں کرنی چاہیے۔

یا

اپنی شکایت آن لائن یہاں جمع کرائیں:
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf یا اس پتے پر لکھ کر:
Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201، فون (800) 368-1019۔ DHHS کو کوئی بھی شکایات دعویٰ کردہ رازداری کی خلاف ورزی کے 180 دنوں کے اندر کی جانی چاہئیں۔

کلائنٹ کی طبی معلومات کے لیے DSHS کی رازداری کے طریقوں کا نوٹس
1 نومبر 2025 سے مؤثر

اقرار نامہ

Acknowledgement

(جب DSHS صحت کی دیکھ بھال کا براہ راست علاج فراہم کرتا ہے تو اس کی ضرورت ہوتی ہے)

کلائنٹ کا نام	کلائنٹ کی تاریخ پیدائش

مجھے DSHS کی رازداری کے نوٹس کی ایک کاپی موصول ہو گئی ہے اور مجھے یہ سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے کہ DSHS میری ذاتی صحت کی معلومات کو کیسے استعمال اور کا اشتراک کرے گا۔

کلائنٹ یا ذاتی نمائندے کے دستخط	تاریخ

For DSHS Use Only **(صرف DSHS کے استعمال کے لیے)**

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:

Administration / Division	Staff Member's Name and Title (Please Print)
Date	Staff's Signature