

**DSHS Notice of Privacy Practices
for Client Medical Information
ساري من 23 سبتمبر 2013**

يجب أن تُخطرك الإدارة بحقوق الخصوصية في القانون المتعلق بإمكانية نقل المعلومات الصحية والمساءلة في هذا المجال (HIPAA). (45 قانون اللوائح التنظيمية الفدرالي (CFR) 164.520). إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) هي "كيان مختلط". لا يشتمل على القانون المتعلق بإمكانية نقل المعلومات الصحية والمساءلة في هذا المجال (HIPAA) كافة برامج إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)، ولكن البرامج المدرجة فقط في مكونات الرعاية الصحية على موقع إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) هي التي يتم شمولها في القانون المتعلق بإمكانية نقل المعلومات الصحية والمساءلة في هذا المجال (HIPAA). ينطبق هذا الإشعار فقط على العملاء الذين تتم خدمتهم بهذه البرامج المشمولة. لا يؤثر هذا الإشعار على مدى أهليتك للحصول على خدمات إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS).

يصف هذا الإشعار كيف يتم الإفصاح عن معلوماتك الطبية وكيف يُمكن أن يتم استخدامها وكيف يُمكنك الحصول على هذه المعلومات. يُرجى مراجعتها بدقة.

إن المعلومات الصحية المحمية (PHI) هي معلومات العميل الطبية التي تحتفظ بها أجزاء برامج إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) المشمولة في القانون المتعلق بإمكانية نقل المعلومات الصحية والمساءلة في هذا المجال (HIPAA). المعلومات الصحية المحمية (PHI) هي المعلومات الطبية المرتبطة بك حول حالتك الصحية أو وضعك الصحي والرعاية الطبية التي تتلقاها أو المدفوعات التي تقوم بسدادها مقابل رعايتك الصحية. يجب أن تحمي إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك بموجب القانون.

ما هي المعلومات الصحية المحمية (PHI)؟

لمساعدتنا على خدمتك، فقد تحتاج إلى إعطائنا معلوماتك الصحية أو الطبية بما في ذلك موقعك أو معلوماتك المالية أو سجلاتك الطبية. ويُمكن أيضاً أن تحصل على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من مصادر أخرى في حاجة إلى خدمتك والسداد مقابل رعايتك.

ما هي المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي لدى إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)؟

نحن نرى فقط أقل كم ممكن من المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي نكون في حاجة إليها لأداء عملنا. يُمكننا مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) مع برامج أو أشخاص آخرين في حدود ما يسمح به القانون أو ما تسمح به أنت. على سبيل المثال، يُمكن إعطاء المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك واستخدامها من قِبل "هيئة الرعاية الصحية" ومُقدمي الرعاية الصحية الآخرين لتنسيق الرعاية الصحية الخاصة بك والسداد مقابلها. قد نُشارك معلومات صحية محمية (PHI) سابقة أو حالية أو مُستقبلية.

من الذي يري المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي؟

نحن نقوم بمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك التي يحتاج إليها الآخرون فقط لأداء وظائفهم وفي حدود ما يسمح به القانون. يُمكنك طلب الحصول على قائمة بمن رأى المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك لبعض الأغراض.

ما هي المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي تُشاركها إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)؟

نحن نُشارك المعلومات الصحية المحمية (PHI) "بشكل قائم على الاحتياج للمعرفة" لتنسيق الخدمات وعمليات العلاج والسداد والرعاية الصحية. على سبيل المثال، قد نُشارك المعلومات لُقرر ما إذا كان:

متى تقوم إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) بمشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI)؟

- يجب توفير العلاج الطبي.
- يُمكننا السداد مقابل الخدمات التي يُقدمها مُقدمي الرعاية الصحية.
- كنت مؤهلاً لبرامج إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS).
- الرعاية التي تحصل عليها من مُقدمي الرعاية الصحية تستوفي المقاييس القانونية.

يُمكنك أن ترى المعلومات الصحية (PHI) الخاصة بك. إذا طلبتها، فسوف تحصل على نسخة من المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك؟ قد تُضيف إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) تكاليف مُقابل الحصول على هذه النسخ.

هل يمكنني رؤية المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي؟

إذا كنت تعتقد أن المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك خاطئة، فيُمكنك أن تطلب منا تغييرها أو إضافة معلومات صحية محمية (PHI) جديدة. يُمكنك أيضاً أن تطلب منا أن نقوم بإرسال أية تغييرات يتم إجرائها إلى الآخرين ممن يمتلكون نُسخاً من معلوماتك الصحية المحمية (PHI).

هل يمكنني تغيير المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي؟

من الممكن أن يُطلب منك توقيع نموذج يسمح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، إذا:

ماذا إذا ما احتاج شخص آخر المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي؟

- احتجنا تصريحاً منك لتوفير الخدمات أو الرعاية؛
- كنت ترغب أن نُرسل معلوماتك الصحية المحمية (PHI) إلى وكالة أخرى أو مُقدم خدمة لأسباب لا يسمح بها القانون إلا في حالة الحصول على تصريح منك بذلك؛
- كنت ترغب بإرسال المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى شخص آخر، مثل المحامي أو أحد أقربائك أو ممثل آخر.

يُعد تصريح مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) ساريًا حتى تاريخ الانتهاء الذي تحدده في هذا النموذج. يُمكننا مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك التي تُدرجها في القائمة. يُمكنك إلغاء هذا التصريح أو تغييره بمراسلة مكتوبة إلى إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS).

يُمكن أن تُشارك إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بدون الحصول على تصريح منك في بعض الحالات. بموجب القانون، يُمكن أن يُطلب منا أو يُسمح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI). تشمل الأمثلة الحاجة إلى:

- الإبلاغ عن حوادث إساءة معاملة الأطفال والكبار أو إهمالهم إلى خدمات حماية الأطفال أو الشرطة أو الوكالات الأخرى.
- تقديم السجلات بموجب الأحكام القضائية.
- إعطاء المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى الوكالات الأخرى التي تراجع عمليات إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS).
- مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) مع الوكالات التي تقوم بترخيص المنشآت الطبية وفحصها، مثل: دور الرعاية والمستشفيات.
- مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) مع مُقدمي الخدمات أو الوكالات الأخرى لرعايتك أو كما تستدعي الحاجة لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخدمات أو المنافع.
- إعطاء المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى الأباء أو الأوصياء على القاصرين.
- استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) لإجراء الأبحاث.
- استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها في حالة الطوارئ أو لأغراض الإغاثة في حالات الكوارث.

يُمكنك أن تطلب منا وضع حدود لاستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) ولكن نحن غير ملزمين بالموافقة على ذلك. يُمكنك أيضاً أن تطلب إرسال معلوماتك الصحية المحمية (PHI) إليك بصيغة مختلفة أو إلى موقع مختلف.

إن الخرق هو استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) أو الإفصاح عنها بشكل غير مسموح به بموجب القانون المتعلق بإمكانية نقل المعلومات الصحية والمساءلة في هذا المجال (HIPAA)، بما في ذلك فقدان بسبب السرقة أو الخطأ أو الاختراق. في حال حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية (PHI) بموجب القانون المتعلق بإمكانية نقل المعلومات الصحية والمساءلة في هذا المجال (HIPAA)، فسوف نقوم بإخطارك عن طريق رسالة بريدية.

نعم، يُمكنك الاحتفاظ بهذا الإشعار. إذا حصلت على هذا الإشعار إلكترونياً، فيمكنك أن تطلب الحصول على نسخة ورقية وسوف نعطيك واحدة.

نحن مطلوب منا أن نمثل لهذا الإشعار. ولدينا الحق في تغيير هذا الإشعار. في حال تغيير القوانين أو سياسات الخصوصية الخاصة بنا، فسوف نُرسل لك معلومات حول الإشعار الجديد وأين يُمكنك العثور عليه أو إرساله لك.

إذا كان لديك أية أسئلة فيما يخص هذا الإشعار، فيمكنك الاتصال بموظف الخصوصية في إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) على البريد الإلكتروني: DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov أو رقم 902-8278 (360).

إذا كنت تعتقد أنه تم انتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بمعلوماتك الصحية المحمية (PHI)، فيمكنك أن تتقدم بشكوى إلى:

موظف الخصوصية في إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)، إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية، صندوق بريد 45115، أولومبيا واشنطن 98504-5115 أو عن طريق البريد الإلكتروني: DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. إذا تقدمت بشكوى، فإن إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) لن تقوم بتغيير أو إيقاف خدماتك ولا يجب أن تنتقم منك.

أو

يُمكنك تقديم الشكوى عبر الإنترنت على: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf أو بالكتابة إلى: مكتب الحقوق المدنية، إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، Independence Avenue, S.W., Room 509F 200 HHH Bldg., Washington, D.C. 20201، هاتف رقم: (800) 368-1019. يجب أن تُقدم شكواي إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) خلال 180 يوماً من وقت انتهاك الخصوصية.

هل يُمكن أن تُشارك إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بي بدون الحصول على تصريح مني بذلك؟

هل يُمكنني وضع حدود حول مدى مشاركة معلوماتي الصحية المحمية (PHI) وكيفية حصولي عليها؟

ما هو الخرق؟

هل يُمكنني الحصول على نسخة من هذا الإشعار؟

ماذا يحدث إذا ما تغيرت سياسات الخصوصية الخاصة بالمعلومات الصحية المحمية (PHI)؟

من الذي اتصل به إذا ما كان لدي أسئلة حول هذا الإشعار أو الحقوق الخاصة بمعلوماتي الصحية المحمية (PHI)؟

كيف يُمكنني الإبلاغ عن انتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بمعلوماتي الصحية المحمية (PHI)؟

إشعار بسياسات الخصوصية الخاصة بالمعلومات السرية من إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION
ساري من 23 سبتمبر 2013



إقرار

Acknowledgement

(مطلوب عندما تُقدم إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) العلاج والرعاية الصحية مباشرة)

تاريخ ميلاد العميل	
لقد تلقيت نسخة من إشعار الخصوصية الخاص بإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) ولدي فرصة بتوجيه الأسئلة حول كيفية استخدام الإدارة لمعلوماتي الصحية المحمية وكيفية مشاركتها.	
تاريخ	توقيع العميل أو الممثل الشخصي
للاستخدام من قِبَل إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) فقط FOR DSHS USE ONLY	
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