

# सेवाग्राहीको चिकित्सा जानकारीको गोपनीयता अभ्यासहरूको **DSHS** सूचना DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information सेप्टेम्बर **23, 2013** देखि प्रभावकारी

**DSHS** ले तपाईंलाई आफ्नो स्वास्थ्य जानकारी संवहनीयता र जवाफदेहिता ऐन (**HIPAA**) गोपनीयता अधिकारहरूको बारेमा सूचित गराउनुपर्छ। (**45 CFR 164.520**)। **DSHS** “हाइब्रिड निकाय” 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 भुक्तानीको बारेमा तपाईंसँग लिइएको चिकित्सा जानकारी हो। **DSHS** ले तपाईंको **PHI** लाई कानूनद्वारा 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 प्रदान गर्न वा तपाईंको स्याहारको लागि भुक्तानी गर्न आवश्यक अन्य स्रोतहरूबाट पनि हामीले तपाईंबारे **PHI** प्राप्त गर्न सक्छौं।

## मेरो **PHI** कसले हेर्छ?

हामीलाई हाम्रा कार्यहरू गर्न आवश्यक पर्ने थोरै मात्राको **PHI** मात्र हामीले हेर्छौं। कानून वा तपाईंले अनुमति दिनुभयो भने हामीले **PHI** लाई अन्य कार्यक्रम वा व्यक्तिहरूसँग साझा गर्न सक्छौं। 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 सक्छौं।

## DSHS ले के-कस्ता **PHI** साझा गर्छ?

अन्यलाई आफ्नो कार्य गर्न आवश्यक पर्ने र कानूनद्वारा अनुमति दिइएको अनुसार मात्र हामीले तपाईंको **PHI** लाई साझा गर्छौं। तपाईंले केही प्रयोजनहरूका लागि तपाईंको **PHI** हेरेका मानिसहरूको सूची अनुरोध गर्न 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 गर्छौं। उदाहरणका लागि, हामीले निम्न कुराको निर्णय गर्न जानकारी साझा गर्न सक्छौं:

- चिकित्सा उपचार उपलब्ध गराउनुपर्छ वा पार्दैन।
- हामीले स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूद्वारा प्रदान गरिएका सेवाहरूको लागि भुक्तानी गर्न सक्छौं वा सक्दैनौं।
- तपाईं **DSHS** कार्यक्रमहरूको लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न।
- तपाईंले प्रदायकहरूबाट प्राप्त गर्न स्याहारले कानूनी मापदण्डहरू पूरा गर्छन् वा गर्दैनन्।

## मैले आफ्नो **PHI** हेर्न सक्छु?

तपाईंले आफ्नो **PHI** हेर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले अनुरोध गर्नुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो **PHI** को प्रतिलिपि प्राप्त गर्नुहुनेछ। **DSHS** ले तपाईंलाई प्रतिलिपिहरूको शुल्क लगाउन सक्छ।

## मैले आफ्नो **PHI** परिवर्तन गर्न सक्छु?

तपाईंलाई आफ्नो **PHI** गलत छ जस्तो लाग्छ भने, तपाईंले हामीलाई परिवर्तन गर्न वा नयाँ **PHI** थप्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले हामीलाई तपाईंको **PHI** का प्रतिलिपिहरू भएका अन्यलाई गरिएका परिवर्तनहरू पठाउन पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

## कोही व्यक्तिलाई मेरो **PHI** आवश्यक हुन्छ भने के हुन्छ?

निम्न अवस्थामा तपाईंको **PHI** लाई साझा गर्न हामीलाई अनुमति दिन तपाईंलाई फाराममा हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्न सकिनेछ।

- सेवाहरू वा स्याहार उपलब्ध गराउन हामीलाई तपाईंको अनुमति आवश्यक परेमा;
- कानूनद्वारा तपाईंको अनुमति नलिइकन तपाईंको **PHI** लाई अन्य एजेन्सी वा प्रदायकलाई साझा गर्न नसकिने अवस्थामा तपाईंले हामीद्वारा पठाउन भन्नुभएमा;
- तपाईंले आफ्नो वकील, नातेदार वा अन्य प्रतिनिधि जस्ता अन्य कसैलाई तपाईंले **PHI** पठाउन चाहनुभएमा।

तपाईंले फाराममा राष्ट्रभएको अन्तिम मिति सम्म तपाईंको **PHI** लाई साझा गर्ने तपाईंको अनुमति मान्य रहन्छ। तपाईंले सूची बनाउनुभएका **PHI** लाई मात्र हामीले साझा गर्न सक्छौं। तपाईंले **DSHS** लाई लिखित रूपमा अनुरोध गरेर यो अनुमतिलाई रद्द गर्न वा परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ।

## सेवाग्राहीको चिकित्सा जानकारीको गोपनीयता अभ्यासहरूको **DSHS** सूचना

सेप्टेम्बर **23, 2013** देखि प्रभावकारी

**DSHS** ले मेरो अनुमति बिना मेरो **PHI** लाई साझा गर्न सक्छ?

**DSHS** ले केही अवस्थाहरूमा तपाईंको अनुमति बिना तपाईंको **PHI** लाई साझा गर्न सक्छ। कानून अनुसार, हामीलाई तपाईंको **PHI** लाई साझा आवश्यक हुन्छ वा अनुमति दिइएको हुन्छ। आवश्यक हुने केही उदाहरणहरू निम्न छन्:

- प्रहरी वा अन्य निकायहरूलाई बाल दुर्व्यवहार वा वयस्क दुर्व्यवहार वा बच्चा संरक्षित सेवाहरूको बेवास्ताका घटनाहरूको रिपोर्ट गर्न।
- अदालतको आदेश अनुसार रेकर्डहरू उपलब्ध गराउना।
- **DSHS** का सञ्चालनहरूको समीक्षा गर्ने अन्य निकायहरूलाई **PHI** दिन।
- नर्सिङ होम र अस्पतालहरू जस्ता चिकित्सा सुविधाहरूको इजाजतपत्र दिने र निरीक्षण गर्ने निकायहरूलाई **PHI** साझा गर्न।
- तपाईंको ख्याल गर्न वा तपाईं सेवा वा लाभहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी निर्धारण आवश्यकता अनुसार तपाईंको **PHI** लाई सेवा प्रदायक वा अन्य एजेन्सीहरूलाई साझा गर्न।
- नाबालिगहरूका अभिभावक वा आमाबुवाहरूलाई **PHI** दिन।
- अनुसन्धानको लागि **PHI** प्रयोग गर्न।
- आकस्मिक अवस्था वा विपत्तिमा सहायता उद्देश्यहरूका लागि **PHI** को प्रयोग वा खुलासा गर्न।

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

तपाईंले आफ्नो **PHI** को प्रयोग र साझा गर्ने कार्यलाई सीमित गर्न हामीलाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ तर हामी सहमत नहुन सक्छौं। तपाईंले हामीलाई आफ्नो **PHI** भित्रै ढाँचा वा भिन्न स्थानमा पठाउन पनि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

उल्लङ्घन भनेको के हो?

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

मैले यो सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्छु?

सक्नुहुन्छ। यो तपाईंकै लागि हो। तपाईंले यो सूचना विद्युतीय माध्यमबाट प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले कागजी प्रतिलिपि माग्न सक्नुहुन्छ र हामीले तपाईंलाई एउटा प्रति दिनेछौं।

**PHI** गोपनीयता अभ्यासहरू परिवर्तन भएमा के हुन्छ?

हामीलाई यो सूचनालाई पालना गर्न आवश्यकता पर्छ। हामीसँग यो सूचना परिवर्तन गर्ने अधिकार हुन्छ। कानून वा हाम्रा गोपनीयता अभ्यासहरू परिवर्तन भएमा, हामीले तपाईंले कहाँ फेला पार्नुहुन्छ वा तपाईंलाई कहाँ पठाउन सक्छौं भनी नयाँ सूचनाको जानकारी पठाउनेछौं।

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

तपाईंसँग यस सूचनाको बारेमा कुनै प्रश्नहरू छन् भने, तपाईंले **DSHS** गोपनीयता अधिकारीलाई [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) वा **(360) 902-8278** मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुनेछ।

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 45115, Olympia WA 98504-5115** मा वा इमेलद्वारा [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) मा दायर गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले उजुरी दायर गर्नुहुन्छ भने, **DSHS** ले तपाईंका सेवाहरूलाई परिवर्तन गर्ने वा रोकने गर्नेछैन र तपाईंका विरुद्ध कुनै प्रतिशोध लिनेछैन।

वा

आफ्नो उजुरीलाई अनलाइनमा पेश गर्नुहोस्: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) वा यस ठेगानामा लिखित रूपमा पेश गर्नुहोस्: **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**। **DHHS** लाई बुझाइएका कुनै पनि उजुरीहरू गोपनीयताको उल्लङ्घन दावी गरिएको **180** दिनभित्रमा बुझाइएको हुनुपर्छ।

गोपनीय जानकारीको गोपनीयता अभ्यासहरूको **DSHS** सूचना  
सेप्टेम्बर **23, 2013** देखि प्रभावकारी

## स्वीकृति

### Acknowledgement

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

सेवाग्राहीको नाम	सेवाग्राहीको जन्म मिति
मैले <b>DSHS</b> गोपनीयता सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु र <b>DSHS</b> ले मेरो व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारीलाई कसरी प्रयोग र साझा गर्नेछ भन्ने बारेमा प्रश्न सोध्ने मौका पाएको छु।	
सेवाग्राही वा व्यक्तिगत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	मिति
<b>FOR DSHS USE ONLY (DSHS प्रयोजनको लागि मात्र)</b>	
<b>To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.</b>	
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