

## Сповідання про політику конфіденційності DSHS щодо медичної інформації клієнтів

### DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information

Чинне з 23 вересня 2013 року

DSHS має повідомити вас про ваші права щодо конфіденційності згідно з законом про перенесення медичної інформації та відповідальність (HIPAA). (45 CFR 164.520). DSHS є «гібридною структурою». Не всі послуги DSHS підпадають під дію HIPAA. HIPAA поширюється тільки на ті програми, які зазначено [як компоненти медичних послуг на сайті DSHS](#). Це сповідання стосується тільки клієнтів, які обслуговуються за цими програмами. Це сповідання не впливає на ваші права на послуги DSHS.

**Це сповідання описує, як ваша медична інформація може використовуватися та поширюватися, та як ви можете отримати цю інформацію. Просимо прочитати уважно.**

<b>Що таке PHI?</b>	Захищені дані пацієнта (Protected Health Information, PHI) — це медична інформація клієнта, що зберігається у частинах DSHS, що підпадають під дію HIPAA. PHI — це медична інформація, пов'язана з вами, про ваш стан здоров'я, про медичні послуги, які ви отримуєте, або виплати за ваші медичні послуги. За законом DSHS має захищати ваші PHI-дані.
<b>Які дані PHI DSHS має на мене?</b>	Щоб допомогти нам надавати вам послуги, ви маєте надати нам медичну інформацію або дані пацієнта, включаючи місцезнаходження, фінансову інформацію або історію хвороби. Також ми можемо з інших джерел отримувати ваші PHI, необхідні для надання вам послуг або сплати за ваші послуги.
<b>Хто бачить мої дані PHI?</b>	Ми бачимо лише мінімальну кількість даних PHI, які потрібні нам для виконання нашої роботи. Ми можемо поширювати дані PHI серед інших програм та осіб, якщо це дозволяє закон та ви. Наприклад, ваші PHI-дані можуть передаватися та використовуватися Управлінням з охорони здоров'я та іншими постачальниками медичних послуг для координування та оплати ваших медичних послуг. Ми можемо поширювати минулі, поточні або майбутні дані PHI.
<b>Які дані PHI поширює DSHS?</b>	Ми поширюємо ваші дані PHI, які необхідні іншим для виконання їхньої роботи та згідно з законом. Ви можете попросити надати вам перелік тих, хто переглядає ваші дані PHI з певною метою.
<b>Коли DSHS поширює ваші дані PHI?</b>	Ми поширюємо ваші дані PHI згідно з «принципом службової необхідності» для координування послуг та для лікування, виплат та операцій щодо медичних послуг. Наприклад, ми можемо поширювати інформацію, щоб вирішити наступне: <ul style="list-style-type: none"><li>• чи є необхідним лікування.</li><li>• чи можемо ми оплатити послуги постачальників медичних послуг.</li><li>• чи маєте ви право на програми DSHS.</li><li>• чи відповідає стандартам закону догляд, який ви отримуєте від постачальників.</li></ul>
<b>Чи можу я переглядати свої дані PHI?</b>	Ви можете переглядати свої дані PHI. За запитом ви можете отримати копію своїх даних PHI. DSHS може стягнути з вас плату за такі копії.
<b>Чи можу я змінювати свої дані PHI?</b>	Якщо ви вважаєте, що ваші дані PHI є невірними, ви можете попросити нас змінити або доповнити ваші дані. Також ви можете попросити, щоб ми відправляли будь-які зміни всім, хто має копії ваших даних PHI.

**Що якщо комусь ще необхідні мої дані PHI?**

Вас можуть попросити підписати форму, що дозволить нам поширювати ваші дані PHI, якщо:

- нам потрібен ваш дозвіл для надання послуг або догляду;
- ви хочете, щоб ми відправили ваші дані PHI іншій агенції або постачальнику з метою, що не дозволяється законом без вашого дозволу;
- ви хочете відправити дані PHI комусь ще, наприклад, вашій довірній особі, родичу або іншому представнику.

Ваш дозвіл на поширення даних PHI є дійсним до кінцевої дати, вказаної вами в формі. Ми можемо поширювати тільки ті дані PHI, які ви вкажете. Ви можете скасувати або змінити цей дозвіл, написавши до DSHS

**Сповідання про політику конфіденційності DSHS щодо медичної інформації клієнтів**

Чинне з 23 вересня 2013 року

**Чи може DSHS поширювати мої дані PHI без мого дозволу?**

DSHS може поширювати ваші дані PHI без вашого дозволу у деяких випадках. За законом від нас може бути потрібно або нам може бути дозволено поширювати ваші дані PHI. Деякі приклади включають необхідність:

- повідомляти про випадки насильства або недбалого ставлення до дитини або дорослої особи до Служби захисту дітей, поліції або інших установ.
- надавати дані згідно з постановою суду.
- надавати PHI іншим агенціям, що перевіряють діяльність DSHS.
- передавати PHI іншим агенціям, що ліцензують та перевіряють медичні установи, такі як інтернати та лікарні.
- передавати PHI постачальникам послуг або іншим агенціям, що дбають про вас, або коли необхідно визначити, чи маєте ви право на послуги чи пільги.
- надавати PHI опікунам або батькам неповнолітніх.
- використовувати PHI для досліджень.
- використовувати або розкривати PHI в непередбачених випадках або з метою надання допомоги у випадку стихійного лиха.

**Чи можу я обмежувати розповсюдження своїх даних PHI та як я можу їх отримати?**

Ви можете попросити нас обмежити використання та розповсюдження ваших даних PHI, але ми не зобов'язані погоджуватись з цим. Ви також можете попросити, щоб ми відправили вам ваші дані PHI у іншому форматі або за іншою адресою.

**Що таке порушення?**

Порушення — це використання або розповсюдження ваших даних PHI без дозволу HIPAA, включаючи втрату в результаті крадіжки, помилки або комп'ютерного злому. Ми повідомимо вас поштою, якщо помітимо порушення використання ваших даних PHI згідно з HIPAA.

**Чи можу я отримати копію цього сповіщення?**

Так. Ви можете зберегти це сповіщення. Якщо ви отримали це сповіщення в електронному форматі, ви можете попросити про паперову копію, і ми вам її надамо.

**Що якщо політика конфіденційності щодо PHI зміниться?**

Ми зобов'язані дотримуватися цього сповіщення. Ми маємо право змінювати сповіщення. Якщо закони або наша політика конфіденційності зміняться, ми надішлемо вам інформацію про нове сповіщення та де його можна знайти, або відправимо його вам.

**До кого мені звернутися, якщо у мене виникли питання щодо цього сповіщення або моїх прав щодо PHI?**

Якщо у вас виникли питання щодо цього сповіщення, ви можете зв'язатися з робітником DSHS, відповідальним за конфіденційність, за посиланням [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) або за номером телефону (360) 902-8278.

**Як я можу сповістити про порушення моїх прав на конфіденційність даних PHI?**

Якщо ви вважаєте, що ваші права конфіденційності PHI порушено, ви можете подати скаргу до:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 або відправити її електронною поштою на адресу DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Якщо ви подасте скаргу, DSHS не змінить та не зупинить ваші послуги, та не зможе виступати проти вас.

**АБО**

Подайте свою скаргу онлайн за посиланням:

[https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) або написавши за адресою: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, номер телефону (800) 368-1019. Будь-які скарги до DHHS необхідно подавати протягом 180 днів з моменту можливого порушення конфіденційності.



СПОВІЩЕННЯ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ DSHS ЩОДО МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ КЛІЄНТІВ  
Чинне з 23 вересня 2013 року

**Підтвердження**  
**Acknowledgement**

(Є необхідним, коли DSHS надає безпосередні медичні послуги)

ПІБ КЛІЄНТА	ДАТА НАРОДЖЕННЯ КЛІЄНТА
-------------	-------------------------

**Я отримав(-ла) копію цього Сповідання про політику конфіденційності DSHS та мав(-ла) змогу задати питання щодо того, як DSHS буде використовувати та поширювати мою особисту медичну інформацію.**

ПІДПИС КЛІЄНТА АБО ОСОБИСТОГО ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА
--------------------------------------------	------

**FOR DSHS USE ONLY (ТІЛЬКИ ДЛЯ DSHS)**

**To be completed if unable 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
-------------------	------