

Սոցիալական Ծառայությունների և Առողջապահության Նախարարության (DSHS) Ծանուցում Գաղտնիության մասին Հաճախորդի Բժշկական Տեղեկատվության վերաբերյալ DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information Գործողության մեջ է 2013թ-ի սեպտեմբերի 23-ից

DSHS-ը պետք է ծանուցի Ձեզ գաղտնիության Ձեր իրավունքների մասին՝ Բժշկական տեղեկատվության տեղափոխման և հաշվետվողականության մասին Օրենքի (HIPAA) համաձայն: (45 CFR 164.520). DSHS-ը «հիբրիդային միավոր է»: Ոչ բոլոր DSHS-ի ծրագրերն են ենթարկվում HIPAA ազդեցությանը, միայն այն ծրագրերը, որոնք թվարկված են որպես [Առողջապահական Բաղադրիչներ DSHS-ի կայքում](#) ենթարկվում են HIPAA ազդեցությանը: Սույն ծանուցումը վերաբերում է միայն այն հաճախորդներին, որոնք սպասարկվում են այդ ծրագրերի ներքո: Սույն ծանուցումը չի ազդում DSHS ծառայությունների Ձեր իրավունակության վրա:

Այս ծանուցումը նկարագրում է, թե ինչպես Ձեր բժշկական տեղեկատվությունը կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել և ինչպես Դուք կարող եք ստանալ այդ տեղեկատվությունը: Խնդրում ենք այն ուշադիր դիտարկել:

**Ի՞նչ է նշանակում
Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվություն (PHI):**

Առողջության մասին Պաշտպանված Տեղեկատվությունը (PHI) դա հաճախորդի բժշկական տեղեկատվությունն է, որը ապահովվում է DSHS բաժինների կողմից՝ HIPAA –ի համաձայն: PHI-ը դա բժշկական տեղեկատվություն է՝ Ձեր առողջական կարգավիճակի կամ վիճակի, Ձեր կողմից ստացված առողջապահական խնամքի, կամ առողջապահական խնամքի վճարների վերաբերյալ: DSHS-ը պետք է պաշտպանի Ձեր PHI-ը օրենքի համաձայն:

**Ի՞նչ Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվություն (PHI) ունի
DSHS-ը իմ մասին:**

Որպեսզի օգնեք մեզ սպասարկել Ձեզ, հնարավոր է անհրաժեշտ լինի, որ մեզ տրամադրեք բժշկական կամ առողջապահական տեղեկատվություն ներառյալ Ձեր գտնվելու վայրը, ֆինանսական տվյալները և բժշկական գրանցումները: Ինչպես նաև մենք կարող ենք Ձեր մասին PHI ստանալ այլ աղբյուրներից, որն անհրաժեշտ է Ձեզ սպասարկելու կամ Ձեր խնամքի համար վճարելու նպատակով:

**Ո՞վ է տեսնում Առողջության
մասին Պաշտպանված
Տեղեկատվությունը (PHI):**

Մենք տեսնում ենք միայն PHI-ի ամենափոքր մասը, որը մեզ անհրաժեշտ է մեր աշխատանքը կատարելու համար: Մենք կարող ենք կիսել PHI-ը այլ ծրագրերի կամ անձանց հետ օրենքով թույլատրված դեպքերում կամ Ձեր համաձայնությամբ: Օրինակ, Ձեր PHI-ը կարող է տրամադրվել կամ օգտագործվել Առողջապահական խնամք Տրամադրողի Լիազորված Մարմնի կողմից և այլ առողջապահական խնամք տրամադրողի կողմից՝ Ձեր առողջապահական խնամքը կորոշի հասցնելու և վճարելու համար: Մենք կարող ենք տրամադրել անցյալ, ներկայիս կամ հետագա PHI-ը:

**Ի՞նչ Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվություն (PHI) է
կիսում DSHS-ը:**

Մենք միայն կիսում ենք Ձեր PHI-ը, որն անհրաժեշտ է այլ կողմերին իրենց աշխատանքը կատարելու համար և որքանով թույլատրված է օրենքով: Դուք կարող եք խնդրել, որպեսզի Ձեզ տրամադրվի այն ցանկը, ում հասանելի է Ձեր PHI-ը որոշակի նպատակներով:

**Ե՞րբ է DSHS-ը կիսում
Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվությունը (PHI):**

Մենք կիսում ենք PHI-ը «իմանալու անհրաժեշտության հիմքով», որպեսզի հնարավոր լինի կորոշի հասցնել ծառայությունները, և կատարել բուժման, վճարման և առողջապահական խնամքի գործընթացների համար: Օրինակ, մենք կարող ենք կիսել տեղեկատվությունը, որպեսզի որոշենք՝

- Արդյոք պետք է տրամադրվի բուժում
- Մենք կարող ենք վճարել առողջապահական խնամք տրամադրողների ծառայությունների համար:
- Դուք իրավունակ եք DSHS ծրագրերից օգտվելու համար:
- Մատակարարներից ստացված խնամքը համապատասխանում է իրավական չափանիշներին:

**Արդյո՞ք ես կարող եմ տեսնել իմ
Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվությունը (PHI):**

Դուք կարող եք տեսնել Ձեր PHI: Հարցում ներկայացնելու դեպքում, Դուք կստանաք Ձեր PHI կրկնօրինակը: DSHS-ը կարող է գումար գանձել Ձեր կրկնօրինակի համար:

**Կարող եմ ես արդյո՞ք փոփոխել
իմ Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվությունը (PHI):**

Եթե Դուք կարծում եք, որ Ձեր PHI-ը սխալ է, Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոփոխություն կատարել կամ ավելացնել նոր PHI: Դուք կարող եք նաև հարցում ներկայացնել, որպեսզի մենք ուղարկենք փոփոխությունները այլ կողմերին, որոնք ունեն Ձեր PHI-ի կրկնօրինակը:

**Ի՞նչ է լինում եթե որևէ այլ
կողմից անհրաժեշտ է իմ
Առողջության մասին
Պաշտպանված
Տեղեկատվությունը PHI-ը:**

Հնարավոր է Ձեզ խնդրեն, որպեսզի ձևաթուղթ ստորագրեք, որը թույլ կտա մեզ կիսելու Ձեր PHI-ը եթե՝

- Մեզ անհրաժեշտ է Ձեր թույլտվությունը, Ձեզ ծառայություն կամ խնամք տրամադրելու համար,
- Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք Ձեր PHI-ը ուղարկենք մեկ այլ գործակալության կամ մատակարարին այնպիսի նպատակներով, որոնք չեն թույլատրվում օրենքով առանց Ձեր համաձայնության,
- Դուք ցանկանում եք, որպեսզի PHI-ը ուղարկվի մեկ այլ անձին, ինչպես օրինակ փաստաբանի, բարեկամի կամ այլ ներկայացուցչի:

Ձեր PHI-ը կիսվելու Ձեր թույլտվությունը վավեր է մինչև ձևաթղթում Ձեր կողմից սահմանված ժամկետը: Մենք կարող ենք կիսել միայն այն PHI-ը, որը Դուք թվարկել եք: Դուք կարող եք չեղարկել կամ փոփոխել այդ թույլտվությունը՝ գրելով DSHS-ին

DSHS-ի Գաղտնիության մասին Ճանուցումը Հաճախորդի Բժշկական տեղեկատվության վերաբերյալ

Գործողության մեջ է 2013թ-ի սեպտեմբերի 23-ից

Կարող է արդյո՞ք DSHS-ը կիսել իմ Առողջության մասին Պաշտպանված Տեղեկատվությունը PHI-ը:

DSHS-ը կարող է կիսել Ձեր PHI-ը առանց Ձեր թույլտվության որոշակի դեպքերում: Օրենքով սահմանված կարգով, մենք կարող ենք պարտադրված կամ թույլատրված լինել կիսելու Ձեր PHI-ը: Որոշ օրինակներ ներառում են անհրաժեշտությունը՝

- Չեկուցելու երեխաների կամ մեծահասակների նկատմամբ բռնության կամ անտեսման դեպքերը Երեխաների Պաշտպանության Ծառայություններին, ոստիկանությանը կամ այլ գործակալություններին:
- Տրամադրելու գրանցումներ դատարանի որոշման համաձայն:
- Տրամադրելու PHI-ը այլ գործակալություններին, որոնք վերանայում են DSHS-ի գործառնությունները:
- Կիսելու PHI-ը այն գործակալությունների հետ, որոնք արտոնագրում և ստուգում են բժշկական հաստատությունները, ինչպես օրինակ ծերանոցները և հիվանդանոցները:
- Կիսելու PHI-ը ծառայություն մատուցողների կամ այլ գործակալությունների հետ Ձեր մասին հոգ տանելու կամ, անհրաժեշտության դեպքում, որոշելու, եթե Դուք իրավունակ եք ծառայություններ կամ նպաստներ ստանալու համար:
- Տրամադրելու PHI-ը անչափահասների խնամակալներին կամ ծնողներին:
- Օգտագործելու PHI-ը հետազոտության համար:
- Օգտագործելու կամ բացահայտելու PHI-ը արտակարգ իրավիճակում կամ աղետների հետևանքների մեղմացման դեպքերում:

Արդյո՞ք ես կարող եմ սահմանափակումներ դնել իմ PHI-ը տրամադրման և այն ստանալու եղանակների վրա:

Դուք կարող եք խնդրել մեզ սահմանափակելու Ձեր PHI-ի օգտագործումը կամ տրամադրումը, բայց պարտադիր չէ, որ մենք համաձայն լինենք դրան: Դուք կարող եք նաև խնդրել, որ մենք ուղարկենք Ձեր PHI-ը այլ ֆորմատով կամ այլ վայր:

Ի՞նչ է խախտումը:

Խախտումը դա Ձեր PHI-ի օգտագործումն կամ բացահայտումն է HIPAA-ով չթույլատրված դեպքերում, այդ թվում կորուստ գողության, սխալի կամ հակերության արդյունքում: Մենք կծանուցենք Ձեզ փոստով, եթե տեղի ունենա PHI-ի խախտում HIPAA-ի ներքո:

Արդյո՞ք ես կարող եմ ունենալ այս ծանուցման կրկնօրինակը:

Այո: Սույն ծանուցումը հենց Ձեր պահպանման համար է: Եթե Դուք ստացել եք սույն ծանուցումը էլեկտրոնային եղանակով, Դուք կարող եք խնդրել թղթային կրկնօրինակ և մենք այն կտրամադրենք Ձեզ:

Ի՞նչ է լինում, եթե փոխվում են PHI գաղտնիության կանոնները:

Մենք պարտավորված ենք համապատասխանել սույն ծանուցմանը: Մենք ունենք սույն ծանուցումը փոփոխելու իրավունք: Եթե օրենքները կամ մեր գաղտնիության կանոնները փոփոխվում են, մենք կուղարկենք Ձեզ տեղեկատվություն նոր ծանուցման մասին, և թե որտեղ կարող եք այն գտնել, կամ կուղարկենք այն Ձեզ:

Ու՞մ հետ ես պետք է կապ հաստատեմ, եթե հարցեր ունեմ սույն ծանուցման կամ իմ PHI իրավունքների վերաբերյալ:

Եթե Դուք որևէ հարց ունեք սույն ծանուցման վերաբերյալ, Դուք կարող եք կապ հաստատել DSHS-ի Գաղտնիության Գրասենյակի հետ DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov կամ (360) 902-8278.

Ու՞մ ես պետք է զեկուցեմ իմ PHI իրավունքների խախտման վերաբերյալ:

Եթե Դուք վստահ եք, որ Ձեր PHI Գաղտնիության իրավունքները խախտվել են Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել՝

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 կամ էլ.փոստի միջոցով DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov: Եթե Դուք բողոք եք ներկայացնում, DSHS-ը չի փոփոխի կամ դադարեցնի Ձեր ծառայությունները, և չի թշնամանա Ձեր նկատմամբ:

ԿԱՍ

Ներկայացրեք Ձեր բողոքը առցանց՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf կամ գրելով՝ Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, հեռախոսահամար՝ (800) 368-1019: Ցանկացած բողոք DHHS-ի դեմ պետք է ներկայացվի հայցված գաղտնիության խախտումից 180 օրվա ընթացքում:



DSHS ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՈՆՆԵՐԻ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳԱՂՏՆԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ
Գործողության մեջ է 2013թ-ի սեպտեմբերի 23-ից

ԸՆԴՈՒՆՈՒՄ
Acknowledgement

(Անհրաժեշտ է, երբ DSHS-ը տրամադրում է անմիջական առողջապահական խնամք)

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ	ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՍՍԱԹԻՎ
-----------------	---------------------------

Ես ստացել եմ DSHS Գաղտնիության Ծանուցման կրկնօրինակ և հնարավորություն եմ ունեցել հարցեր տալ այն մասին, թե ինչպես է DSHS-ը օգտագործելու և կիսելու իմ Անձնական Առողջական Տեղեկատվությունը:

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԿԱՄ ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՍՍԱԹԻՎ
---	---------

FOR DSHS USE ONLY (ՄԻԱՅՆ DSHS ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ)

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
-------------------	------