



සේවාවලට වෛද්‍ය තොරතුරු සඳහා වන DSHS රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනය

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information 2025 නොවැම්බර් 1 දින සිට බලපැවැත්වෙන පරිදි

සෞඛ්‍ය රක්ෂණ සුවහසියනාව සහ වගවීමේ පනත (HIPAA) යටතේ නිමිවන ඔබේ රහස්‍යතා අයිතිවාසිකම් පිළිබඳව DSHS ආයතනය විසින් ඔබව දැනුවත් කළ යුතුය (45 CFR §164.520). DSHS යනු 'සංකලිත ඒකකයකි DSHS ආයතනය සම්පූර්ණයෙන්ම HIPAA නීතිවලට යටත් නොවන අතර, [DSHS වෙබ් අඩවියේ සෞඛ්‍ය සේවා අංශ](#) ලෙස ලැයිස්තුගත කර ඇති වැඩසටහන් පමණක් HIPAA නීති මගින් ආවරණය වේ. මෙම නිවේදනය අදාළ වන්නේ එම ආවරණය වන වැඩසටහන් මගින් සේවාවන් ලබාගන්නා සේවාවලට පමණි. මෙම නිවේදනය DSHS සේවාවන් ලබාගැනීම සඳහා ඔබ සතු සුදුසුකම් කෙරෙහි කිසිදු බලපෑමක් ඇති නොකරයි.

ඔබ ගැන වන වෛද්‍ය තොරතුරු භාවිතා කළ හැකි සහ හෙළිදරව් කළ හැකි ආකාරය පිළිබඳව මෙම නිවේදනය මගින් විස්තර කෙරේ. එමෙන්ම ඔබට එම තොරතුරු ලබාගත හැකි ආකාරය පිළිබඳවද මෙහි විස්තර කෙරේ. කරුණාකර මෙය ඉතා පරීක්ෂාකාරීව කියවා බලන්න

PHI යනු කුමක්ද?

ආරක්ෂිත සෞඛ්‍ය තොරතුරු (PHI) යනු HIPAA නීතිය මගින් ආවරණය වන DSHS ආයතනයේ අංශ සතුව පවතින සේවාවලට වෛද්‍ය තොරතුරු වේ. ආරක්ෂිත සෞඛ්‍ය තොරතුරු (PHI) යනු ඔබේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය, ඔබ ලබාගන්නා සෞඛ්‍ය සේවාවන් හෝ එම සෞඛ්‍ය සේවාවන් සඳහා සිදුකරන ගෙවීම් සම්බන්ධයෙන් ඔබව හඳුනාගත හැකි වන පරිදි සකස් වූ වෛද්‍ය තොරතුරු වේ. නීතියට අනුව ඔබේ ආරක්ෂිත සෞඛ්‍ය තොරතුරු (PHI) ආරක්ෂා කිරීමට DSHS බැඳී සිටී.

DSHS සතුව මා පිළිබඳව ඇති ආරක්ෂිත සෞඛ්‍ය තොරතුරු (PHI) මොනවාද?

ඔබට සේවය කිරීමට අපට සහාය වීම සඳහා, ඔබේ ස්ථානය, මූල්‍ය තොරතුරු හෝ වෛද්‍ය වාර්තා ඇතුළු වෛද්‍ය හෝ සෞඛ්‍ය තොරතුරු අප වෙත ලබා දීමට ඔබට සිදු විය හැකිය. ඔබට සේවය කිරීමට හෝ ඔබේ ප්‍රතිකාර සඳහා ගෙවීම් කිරීමට අවශ්‍ය අනෙකුත් මූලාශ්‍රවලින්ද අපට ඔබ පිළිබඳ PHI ලබා ගත හැකිය.

මගේ PHI දකින්නේ කවුද?

අපගේ රාජකාරී ඉටු කිරීම සඳහා අවශ්‍ය වන අවම PHI ප්‍රමාණය පමණක් අප භාවිතා කරමු. නීතියෙන් අවසර ඇත්නම් හෝ ඔබ අවසර දෙන්නේ නම්, අපට වෙනත් වැඩසටහන් හෝ පුද්ගලයන් සමඟ PHI බෙදා ගත හැකිය. උදාහරණයක් ලෙස, ඔබේ සෞඛ්‍ය සේවා සම්බන්ධීකරණය කිරීමට සහ ඒ සඳහා ගෙවීම් කිරීමට, සෞඛ්‍ය සේවා අධිකාරිය (Health Care Authority) සහ අනෙකුත් සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් වෙත ඔබේ PHI ලබා දීමට සහ ඔවුන් විසින් ඒවා භාවිතා කිරීමට ඉඩ ඇත. අපට අනිත, වර්තමාන හෝ අනාගත PHI බෙදා ගත හැකිය.

DSHS විසින් බෙදා ගනු ලබන PHI මොනවාද?

අප බෙදා ගනු ලබන්නේ නීතියෙන් අවසර දී ඇති පරිදි සහ අන් අයට ඔවුන්ගේ රාජකාරී කිරීමට අවශ්‍ය වන ඔබේ PHI පමණි. පසුගිය වසර හයක කාලය තුළ කිසියම් අරමුණක් සඳහා DSHS විසින් ඔබේ PHI බෙදාගත් පුද්ගලයන්ගේ ලැයිස්තුවක් ඔබට ඉල්ලා සිටිය හැකි

DSHS විසින් PHI බෙදා ගනු ලබන්නේ කවදාද?

සේවාවන් සම්බන්ධීකරණය කිරීමට සහ ප්‍රතිකාර, ගෙවීම් සහ සෞඛ්‍ය සේවා මෙහෙයුම් සඳහා "දැනගත යුතුම කරුණු පමණක්" පදනම් කරගෙන අප PHI බෙදා ගනිමු. උදාහරණයක් ලෙස, අපට පහත අවස්ථාවලදී තොරතුරු බෙදා ගත හැකිය:

- වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර සහ රෝගී කළමනාකරණය ලබා දීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන් සමඟ.
- ගෙවීම් කටයුතු සම්පාදනය කිරීම සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා සඳහා ගෙවීමට වගකිව යුතු පාර්ශවය සමඟ.
- ඔබ DSHS වැඩසටහන් සඳහා සුදුසුකම් ලබන්නේ දැයි තීරණය කිරීමට.
- සපයන්නන්ගෙන් ඔබට ලැබෙන සේවාව නීතිමය ප්‍රමිතීන්ට අනුකූල දැයි තීරණය කිරීම වැනි අපගේ ව්‍යාපාරික මෙහෙයුම් සඳහා සහාය වීමට. මෙම ක්‍රියාකාරකම්වලට දත්ත එක්රැස් කිරීම, අවදානම් කළමනාකරණ ක්‍රියාකාරකම් සහ විගණන ඇතුළත් විය හැකිය.

සේවලාභී වෛද්‍ය තොරතුරු සඳහා වන DSHS රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනය

2025 නොවැම්බර් 1 දින සිට බලපැවැත්වෙන පරිදි

2 වන පිටුව

මගේ අවසරයකින් තොරව DSHS විසින් මගේ PHI බෙදා ගත හැක්කේ කවදාද?

ප්‍රතිකාර, ගෙවීම් සහ සෞඛ්‍ය සේවා මෙහෙයුම් සඳහා තොරතුරු හෙළි කිරීමට අමතරව, තවත් සමහර හේතූන් මත ඔබේ අවසරයකින් තොරව PHI බෙදා ගැනීමට DSHS හට හැකියාව ඇත. නීතියට අනුව, ඔබේ PHI බෙදා ගැනීමට අපට අවශ්‍ය විය හැකිය හෝ ඒ සඳහා අවසර ලැබිය හැකිය. ඒ සඳහා සමහර උදාහරණ අතර පහත අවශ්‍යතාවන් ඇතුළත් වේ:

- ඔබේ ප්‍රතිකාර කටයුතුවල නියැලී සිටින මිතුරෙකු හෝ පවුලේ සාමාජිකයෙකු සමඟ ඔබ පිළිබඳ සෞඛ්‍ය තොරතුරු බෙදා ගැනීම. මෙලෙස බෙදා ගැනීමට විරුද්ධ වීමට ඔබට අයිතියක් ඇත. ඔබ විරුද්ධ වන්නේ නම්, අප එම තොරතුරු අදාළ පවුලේ සාමාජිකයාට හෝ මිතුරාට හෙළි නොකරමු.
- රෝග හෝ තුවාල වැළැක්වීම හෝ පාලනය කිරීම හෝ උපත් සහ මරණ වාර්තා කිරීම වැනි මහජන සෞඛ්‍ය ක්‍රියාකාරකම් සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය බලධාරීන් සමඟ බෙදා ගැනීම.
- ළමා හෝ වැඩිහිටි අපයෝජන, නොසලකා හැරීම් හෝ ගෘහස්ථ ප්‍රවණ්ඩත්වය පිළිබඳ සිදුවීම් ළමා ආරක්ෂක සේවා, වැඩිහිටි ආරක්ෂක සේවා, පොලීසිය හෝ වෙනත් ආයතන වෙත වාර්තා කිරීම.
- උසාවි නියෝග, සිතාසි, තොරතුරු ලබා ගැනීමේ ඉල්ලීම් හෝ වෙනත් නීතිමය ක්‍රියාවලීන් යටතේ හෝ අධිකරණ සහ පරිපාලන කටයුතු සඳහා වාර්තා ලබා දීම.
- සෞඛ්‍ය වෘත්තිකයන්ට බලපත්‍ර ලබා දෙන සහ වැඩිහිටි නිවාස සහ රෝහල් වැනි වෛද්‍ය පහසුකම් සඳහා බලපත්‍ර ලබා දෙන සහ ඒවා පරීක්ෂා කරන අධීක්ෂණ ආයතන සමඟ PHI බෙදා ගැනීම.
- ඔබ සේවාවන් හෝ ප්‍රතිලාභ සඳහා සුදුසුකම් ලබන්නේ දැයි තීරණය කිරීමට අවශ්‍ය නම්, හෝ නීතියෙන් අවසර දී ඇති පරිදි, ඔබව රැකබලා ගැනීම සඳහා ෆෙඩරල් සහ ප්‍රාන්ත රාජ්‍ය ආයතන සමඟ PHI බෙදා ගැනීම.
- බාලවයස්කරුවන්ගේ භාරකරුවන්ට හෝ දෙමාපියන්ට PHI ලබා දීම.
- පුද්ගලයෙකුගේ හෝ මහජනතාවගේ සෞඛ්‍යයට හෝ ආරක්ෂාවට එල්ල වන බරපතල හා ක්ෂණික තර්ජනයක් වැළැක්වීමට හෝ අවම කිරීමට PHI බෙදා ගැනීම.
- නීතිය ක්‍රියාත්මක කරන නිලධාරීන් සමඟ ඇතැම් PHI බෙදා ගැනීම.
- ඔබේ රහස්‍යභාවය ආරක්ෂා කර ඇති විට, පර්යේෂණ සඳහා හෝ අනුමත පර්යේෂණ ව්‍යාපෘතියක් සඳහා PHI බෙදා ගැනීම.
- ඔබ සන්නද්ධ හමුදාවක සාමාජිකයෙකු හෝ හිටපු සෙබලෙකු නම්, ඇතැම් අවස්ථාවලදී හමුදා බලධාරීන් සමඟ බෙදා ගැනීම.
- සේවක වන්දි (Workers' Compensation) ආයතන වෙත PHI ලබා දීම.

- හදිසි අවස්ථාවකදී හෝ ආපදා සහන අරමුණු සඳහා PHI භාවිතා කිරීම හෝ හෙළි කිරීම.
- ඔබේ මරණයෙන් පසු, ඔබේ දේපළවල පුද්ගලික නියෝජිතයා, මරණ පරීක්ෂකවරයෙකු, අවමංගලය අධ්‍යක්ෂවරයෙකු හෝ අවයව බද්ධ කිරීමේ සංවිධානයක් සමඟ ඔබේ PHI බෙදා ගැනීම.
- නීතියෙන් අවසර දී ඇති විට හෝ අවශ්‍ය වූ විට

සේවාවලට වෛද්‍ය තොරතුරු සඳහා වන DSHS රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනය
 2025 නොවැම්බර් 1 දින සිට බලපැවැත්වෙන පරිදි
 3 වැනි පිටුව

මන්දව්‍ය භාවිතය පිළිබඳ ආබාධ (SUD) සඳහා වන ප්‍රතිකාර වාර්තා

ඔබේ කැමැත්ත නොමැතිව හෝ 42 C.F.R. හි 2 වන කොටසේ (Part 2) ඊනි මගින් අවසර දී ඇත්නම් මිස, මන්දව්‍ය භාවිතය පිළිබඳ ආබාධ (SUD) සඳහා වන ප්‍රතිකාර වාර්තා අප බෙදා නොගනිමු. ඔබේ SUD සේවා සපයන්නා වැනි වෙනත් අයෙකුගෙන් ඔබේ '2 වන කොටසේ' වාර්තා අපට ලැබෙන්නේ නම්, HIPAA යටතේ අවසර ඇත්නම් අපට එම වාර්තා හෙළි කළ හැකිය. කෙසේ වෙතත්, ඔබ ලිඛිතව කැමැත්ත ලබා දෙන්නේ නම් මිස, හෝ අධිකරණ නියෝගයකට ප්‍රතිචාර වශයෙන් මිස, ඔබට එරෙහි සිවිල්, අපරාධ, පරිපාලන සහ ව්‍යවස්ථාදායක කටයුතු සඳහා අප SUD වාර්තා හෙළි නොකරමු.

මට මගේ PHI වෙනත් අයෙකුට ලබා දීමට අවශ්‍ය නම් කුමක් කළ යුතුද?

මෙම නිවේදනයේ සඳහන් නොවන ඇතැම් තොරතුරු බෙදා ගැනීම සඳහා ඔබේ අවසරය අවශ්‍ය වේ. ඔබේ ලිඛිත අවසරයකින් තොරව අලෙවිකරණ කටයුතු සඳහා ඔබේ PHI භාවිතා කිරීම හෝ ඔබේ PHI විකිණීම අප විසින් සිදු නොකරනු ලබයි. පහත අවස්ථාවලදී ඔබේ PHI බෙදා ගැනීමට ඉඩ දීම සඳහා බලය පැවරීමේ පෝරමයකට අත්සන් කරන ලෙස ඔබෙන් ඉල්ලා සිටිනු ඇත:

- සේවාවන් හෝ රැකවරණය සැපයීමට අපට ඔබේ අවසරය අවශ්‍ය නම්;
- මනෝචිකිත්සක සටහන් (Psychotherapy notes) බෙදා ගැනීමට අපට ඔබේ අවසරය අවශ්‍ය නම්;
- ඔබේ අවසරයකින් තොරව නීතියෙන් අවසර දී නොමැති හේතූන් මත, ඔබේ PHI වෙනත් ආයතනයකට හෝ සපයන්නෙකුට යැවීමට ඔබට අවශ්‍ය නම්; හෝ
- ඔබේ නීතිඥයා, ඥාතියෙකු හෝ වෙනත් නියෝජිතයෙකු වැනි වෙනත් අයෙකු වෙත PHI යැවීමට ඔබට අවශ්‍ය නම්.

ඔබේ PHI බෙදා ගැනීමට ඔබ ලබා දෙන අවසරය, ඔබ පෝරමයේ සඳහන් කරන අවසන් දිනය දක්වා වලංගු වේ. අපට බෙදා ගත හැක්කේ ඔබ ලැයිස්තුගත කරන PHI පමණි DSHS වෙත ලිඛිතව දැනුම් දීමෙන් ඔබට මෙම අවසරය අවලංගු කිරීමට හෝ වෙනස් කිරීමට හැකිය.

මට මගේ PHI නැරඹිය හැකිද?

ඔබට ඔබේ PHI කඩදාසි හෝ විද්‍යුත් ආකාරයෙන් නැරඹිය හැකිය. ඔබ ඉල්ලා සිටින්නේ නම්, ඔබට ඔබේ PHI හි පිටපතක් ලැබෙනු ඇත. පිටපත් සඳහා DSHS විසින් ඔබෙන් සාධාරණ ගාස්තුවක් අය කළ හැකිය.

මගේ PHI හෙළිදරව් කිරීම් පිළිබඳ ලැයිස්තුවක් මට ලබා ගත හැකිද?

ප්‍රතිකාර, ගෙවීම්, මෙහෙයුම් සඳහා හෝ ඔබේ අවසරය ඇතිව කරන ලද හෙළිදරව් කිරීම් හැර, පසුගිය වසර හය තුළ සිදු කරන ලද ඔබේ PHI හෙළිදරව් කිරීම් පිළිබඳ වාර්තාවක් (accounting) ලබා ගැනීමට ඔබට අයිතියක් ඇත. ඕනෑම මාස 12 ක කාලයක් තුළ ඔබ එක් වාර්තාවකට වඩා ඉල්ලා සිටින්නේ නම්, DSHS විසින් ඔබෙන් සාධාරණ ගාස්තුවක් අය කළ හැකිය.

මට මගේ PHI වෙනස් කළ හැකිද?

ඔබේ PHI වැරදි බව ඔබ සිතන්නේ නම්, PHI වෙනස් කිරීමට හෝ අලුතින් එක් කිරීමට ඔබට ලිඛිතව අපෙන් ඉල්ලා සිටිය හැකිය. අප එම ඉල්ලීම සලකා බලන නමුත්, ඒ සඳහා එකඟ වීමට අප බැඳී නැත. එමෙන්ම, ඔබේ PHI හි පිටපත් ඇති අනෙකුත් අය වෙත ඕනෑම වෙනස්කමක් යවන ලෙසද ඔබට ඉල්ලා සිටිය හැකිය.

මගේ PHI බෙදා ගැනීම සහ මම එය ලබා ගන්නා ආකාරය පිළිබඳ සීමාවන් පැනවිය හැකිද?

ඔබේ PHI භාවිතා කිරීම සහ බෙදා ගැනීම සීමා කරන ලෙස ඔබට ලිඛිතව අපෙන් ඉල්ලා සිටිය හැකිය, නමුත් අප ඊට එකඟ විය යුතුම නැත. එසේම, ඔබේ PHI වෙනත් ආකෘතියකින් හෝ වෙනත් ස්ථානයකට ඔබට සන්නිවේදනය කරන ලෙසද ඔබට ඉල්ලා සිටිය හැකිය.

සේවාලාභී වෛද්‍ය තොරතුරු සඳහා වන DSHS රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනය 2025 නොවැම්බර් 1 දින සිට බලපැවැත්වෙන පරිදි 4 වැනි පිටුව

උල්ලංඝනයක් (Breach) යනු කුමක්ද?

උල්ලංඝනයක් යනු සොරකම් කිරීම, අත්වැරදීම හෝ හැක් (hacking) කිරීම නිසා සිදුවන තොරතුරු අහිමි වීම ඇතුළුව, HIPAA යටතේ අවසර නොලැබූ අයුරින් ඔබේ PHI භාවිතා කිරීම හෝ හෙළි කිරීමයි. HIPAA යටතේ ඔබේ PHI උල්ලංඝනය වීමක් සිදුවුවහොත්, අප තැපෑලෙන් ඒ පිළිබඳව ඔබව දැනුවත් කරන්නෙමු.

මට මෙම රහස්‍යතා නිවේදනයේ පිටපතක් ලබා ගත හැකිද?

ඔව් ඔව්. මෙම රහස්‍යතා නිවේදනය ඔබ සන්නකයේ තබා ගැනීම සඳහා වේ. ඔබට මෙම නිවේදනය විද්‍යුත් ක්‍රමයට ලැබුණේ නම්, ඔබට කඩදාසි පිටපතක් ඉල්ලා සිටිය හැකි අතර, අප ඔබට එය ලබා දෙන්නෙමු.

PHI රහස්‍යතා පිළිවෙත් වෙනස් වුවහොත් කුමක් සිදුවේද?

අප මෙම නිවේදනයට අනුකූල වීමට බැඳී සිටිමු. මෙම නිවේදනය වෙනස් කිරීමට අපට අයිතියක් ඇත. නීති හෝ අපගේ රහස්‍යතා පිළිවෙත් වෙනස් වුවහොත්, අප මෙම නිවේදනය යාවත්කාලීන කර ඔබට එහි පිටපතක් එවනු ඇත, නැතහොත් නව නිවේදනය සහ එය සොයාගත හැකි ස්ථානය පිළිබඳ තොරතුරු එවනු ඇත.

මෙම නිවේදනය හෝ මගේ PHI අයිතිවාසිකම් පිළිබඳව ප්‍රශ්න ඇත්නම් මා සම්බන්ධ කරගත යුත්තේ කාටද?

මෙම නිවේදනය පිළිබඳව ඔබට කිසියම් ප්‍රශ්නයක් ඇත්නම්, ඔබට DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov හෝ (360) 902-8278 ඔස්සේ DSHS රහස්‍යතා නිලධාරියා (Privacy Officer) සම්බන්ධ කර ගත හැකිය.

මගේ PHI රහස්‍යතා අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝනය වීමක් මා වාර්තා කරන්නේ කෙසේද?

ඔබේ PHI රහස්‍යතා අයිතිවාසිකම් උල්ලංඝනය වී ඇති බව ඔබ විශ්වාස කරන්නේ නම්, ඔබට පහත සඳහන් ස්ථාන වෙත පැමිණිල්ලක් ඉදිරිපත් කළ හැකිය:

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 වෙත හෝ

DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov වෙත ඊමේල් මගින්. ඔබ පැමිණිල්ලක් ගොනු කළහොත්, DSHS ඔබේ සේවාවන් වෙනස් කිරීම හෝ නැවැත්වීම සිදු නොකරන අතර ඔබට එරෙහිව පළිගැනීම් සිදු නොකළ යුතුය.

හෝ

ඔබේ පැමිණිල්ල අන්තර්ජාලය හරහා

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf වෙත හෝ ලිඛිතව Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 වෙත, දුරකථන (800) 368-1019 ඔස්සේ ඉදිරිපත් කරන්න. DHHS වෙත ඉදිරිපත් කරන ඕනෑම පැමිණිල්ලක්, අදාළ රහස්‍යතා උල්ලංඝනය සිදු වූ දින සිට දින 180 ක් ඇතුළත සිදු කළ යුතුය.



සේවාවලට වෛද්‍ය තොරතුරු සඳහා වන DSHS රහස්‍යතා පිළිවෙත් පිළිබඳ නිවේදනය

2025 නොවැම්බර් 1 දින සිට බලපැවැත්වෙන පරිදි

ස්තූති පූර්වකව භාර ගැනීම

Acknowledgement

(DSHS විසින් සෘජු සෞඛ්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දෙන විට අවශ්‍ය වේ)

සේවාවලට යාමේ නම	සේවාවලට යාමේ උපන් දිනය
-----------------	------------------------

මට DSHS රහස්‍යතා නිවේදනයේ පිටපතක් ලැබී ඇති අතර, DSHS විසින් මගේ පුද්ගලික සෞඛ්‍ය තොරතුරු භාවිතා කරන සහ බෙදා ගන්නා ආකාරය පිළිබඳව ප්‍රශ්න ඇසීමට මට අවස්ථාව ලැබුණි.

සේවාවලට යාමේ හෝ පුද්ගලික නියෝජිතයාගේ අත්සන	දිනය
--	------

For DSHS Use Only (DSHS ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

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