

## Үйлчлүүлэгчийн Эмчилгээний Мэдээлэлд зориулсан Хувийн Зөвлөгөөнүүдийн DSHS-ийн Мэдэгдэл DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information 2013 оны 9-р сарын 23 хүчин төгөлдөр

DSHS нь танд таны Эмчилгээ Эрүүл Мэндийн Тооцоо ба Хөдөлгөөний Актын Мэдээллийн (HIPAA) эрхийн талаар мэдэгдэж байх үүрэгтэй. (45 CFR 164.520). DSHS нь бол “холимог бүтэц” юм. HIPAA-аар DSHS бүр хамгаалагддаггүй, харин [DSHS-ийн вэбсайтад буй Эрүүл Мэнд Хамгаалах Бүлгүүд](#) гэсэн HIPAA-д хамааралтай жагсаалтад орсон хөтөлбөрүүдэд үйлчилдэг юм. Энэхүү мэдээлэл нь тус хөтөлбөрийг ашигладаг үйлчлүүлэгчдэд зөвхөн үйлчилнэ. Энэхүү мэдээлэл нь танд DSHS-ийн үйлчилгээ авахад саад болохгүй.

**Энэхүү мэдэгдэл нь таны талаархи эрүүл мэндийн мэдээлэл яаж ашиглагдах вэ мөн та уг мэдээллийг яаж авах вэ гэдгийг тайлбарлана. Үүнийг маш анхааралтай уншина уу.**

### PHI гэж юу вэ?

Эмчилгээ Эрүүл Мэндийн Хамгаалагдсан Мэдээлэл (PHI) нь DSHS-д хамардаг ба HIPAA-аар хамгаалагдсан үйлчлүүлэгчдийн эмчилгээ эрүүл мэндийн тухай мэдээлэл юм. PHI нь танд холбоотой буюу таны эмчилгээ эрүүл мэндийн мэдээлэл ба эрүүл мэндийн байдал, авч байгаа эрүүл мэндийн тусламжийн тухай ба өөрийн эмчилгээ эрүүл мэндэд зориулсан төлбөрийн тухай мэдээллүүд гэсэн үг юм. DSHS нь таны PHI -г хуулиар хамгаалах үүрэгтэй.

### DSHS миний аль PHI -тай вэ?

Танд туслах үүднээс та бидэнд өөрийн эмчилгээний буюу эрүүл мэндийн мэдээлэлийг, мөн санхүүгийн мэдээлэл буюу эмчилгээний бичлэгийн мэдээлэл зэргийг байнга бүрдүүлэн өгөх ёстой. Бид таны талаарх PHI-г таны эрүүл мэндийн болон бусад мэдээллийн эх сурвалжаас авч болно.

### Миний PHI-г хэн үзэх вэ?

Бид зөвхөн өөрсдийн ажилд хэрэгцээт хэсгийг л PHI-аас харан ашигладаг. Бид бусад программуудтай болон хуулийн зөвшөөрөлтэй хэсэг хүмүүстэй PHI-г хуваалцах эрхтэй. Жишээлбэл, таны PHI-г Эрүүл Мэндийн Захиргаа буюу бусад эрүүл мэндийн байгууллагууд хэрэглэх буюу таны эрүүл мэндийн зардалыг төлөх ба зохицуулах зорилгоор ашиглаж болзошгүй. Бид өнгөрсөн, одоогийн буюу ирээдүйн PHI-г хуваалцана.

### DSHS нь аль PHI-г хуваалцдаг вэ?

Бид зөвхөн таны PHI-г бусдыг өөрсдийн ажилыг зөв бөгөөд бүрэн гүйцэтгэх зорилгоор хуваалцдаг бөгөөд үүнийг хуулийн дагуу явуулдаг. Та өөрийн PHI-г ямар нэгэн зорилгоор үзэж сонирхсон хүмүүс, байгууллагуудын жагсаалтыг асуун авах эрхтэй.

### DSHS нь PHI-г хэзээ хуваалцах вэ?

Бид PHI-г “мэдэх хэрэгцээтэй бааз” журмаар зохицуулдаг ба эмчилгээ, төлбөр хийх буюу эрүүл мэндийн бусад зорилгоор хуваалцдаг журамтай. Жишээлбэл, бид доорхи асуудлуудыг шийдэх зорилгоор мэдээлэлийг хуваалцаж болно:

- Эмчилгээ хийх шаардлага гарсан тохиолдлууд.
- Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчдийн үйлчилгээг төлөх боломж.
- Та DSHS хөтөлбөрүүдэд хамаарсан тохиолдол.
- Үйлчилгээ хангагчдаас авсан үйлчилгээнүүд хуулиар зөвшөөрөгдсөн тохиолдол зэрэг орно.

### Би өөрийнхөө PHI-г харж болох уу?

Та өөрийнхөө PHI-тай танилцаж болно. Хэрэв та асуувалтанд өөрийн чинь PHI-ийн хуулбарыг өгнө. DSHS нь таны хуулбарыг өгөх үүргийг хүлээнэ.

### Би өөрийн PHI-г өөрчилж болох уу?

Хэрэв та өөрийнхөө PHI буруу өгөгдсөн гэж бодвол та үүнийг өөрчилж эсвэл шинэ PHI-г үүсгэх эрхтэй. Та мөн таны PHI-ийн хуулбартай бүхэнд өөрчлөгдсөн мэдээллийг дамжуулахыг хүсэж болно.

### Хэрэв хэн нэгэнд миний PHI хэрэг болвол яах вэ ?

Та доорх нөхцөлд тусгай бланк бөглөн таны PHI -г хуваалцахыг зөвшөөрсөн гарын үсгээ зурах хэрэгтэй:

- Үйлчилгээ хийх зорилгоор бидэнд таны зөвшөөрөл хэрэгтэй болсон үед;
- Та өөрийн PHI -г өөр агентлагт таны зөвшөөрөлгүйгээр явуулахыг хуулиар хориглосон тохиолдолд биднээр хүргүүлэх сонирхолтой байгаа;
- Та PHI -г өөр нэгэнд, таны захиргаанд, төлөөлөгч буюу хамаатанд хүргүүлэх сонирхолтой байгаа болно.

Та өөрийн PHI-г хуваалцах зөвшөөрөл нь таныг бланк дээр тавьсан огноог дуустал хүчинтэй байх болно. Бид зөвхөн таны өгсөн PHI-г хуваалцана. Та DSHS-т бичин уг зөвшөөрөлийг зогсоох буюу өөрчлөх эрхтэй.

**Үйлчлүүлэгчийн Эмчилгээ Эрүүл Мэндийн Мэдээллийн Хувийн Практикийн DSHS-ийн Мэдээлэл**  
2013 оны 9-р сарын 23 хүчинтэй

**DSHS нь миний PHI -г миний зөвшөөрөлгүй хуваалцах эрхтэй юу?**

DSHS нь PHI -г зарим тохиолдлуудад таны мэдээллийг зөвшөөрөлгүйгээр хуваалцах эрхтэй. Хуулийн дагуу биднээс таны PHI -г хуваалцахыг шаардаж болзошгүй. Үүнд доорхи тохиолдлууд орно:

- Насанд хүрэгчид эсвэл хүүхдийн гэмтэл хүчирхийлэлийн тухай мэдэгдэл ирсэн эсвэл Хүүхэд Хамгаалах Үйлчилгээ, Цагдаа буюу бусад зохих байгууллагуудыг үл тоомсорлосон тохиолдлууд.
- Хуулийн тушаалаар мэдээлэл өгөх.
- DSHS үйлдлүүдийг хянаж байгаа агентлагуудад PHI -г өгөх.
- Эмнэлгийн байгууламжуудыг хянадаг ба лиценз олгодог агентлагуудтай, жишээлбэл, эмнэлэгүүд, асрамжийн газрууд гэх мэт, PHI -г хуваалцах.
- PHI -г таныг асран халамжилж буй болон та орлого олон авдаг буюу танийг үйлчилгээгээр хангадаг буюу бусад байгууллагуудтай хуваалцах.
- PHI -г бага насныхны эцэг эх буюу халамжлагчдад өгөх .
- PHI -г судалгааны маягаар хэрэглэх.
- PHI -г яаралтай тохиолдолд буюу ямар нэгэн осол гарсан тохиолдолд хэрэглэх.

**Өөрийн PHI -г хуваалцахыг хязгаарлаж болох буюу үүнийг яаж хийх вэ ?**

Та өөрийн PHI-г ашиглахыг хязгаарлаж болно, гэвч бид үүнийг бүрмөсөн зөвшөөрөхгүй.

Та өөрийн PHI-г дуртай форматаар өөрийн байгаа газар хаяг уруу явуулах хүсэлтийг гаргаж болно.

**Зөрчилт хаалт гэж юу вэ?**

HIPAA -ийн зөвшөөрөлгүй байсан таны PHI-г хэрэглэх буюу хаах үйл ажиллагааг хэлнэ. Үүнд алдаа, хаясан, алга болсон тохиолдлууд бас орж болно. HIPAA-ийн нэрэн дор таны PHI зөрчилтэй хаагдсаныг бид танд шуудангаар мэдэгдэх болно.

**Би энэ мэдээллийн хуулбарыг авч болох уу?**

Болно. Энэ мэдэгдэл бол таных. Хэрэв та уг мэдээллийг цахим шуудангаар авсан бол та цаасан хуулбарыг явуулахыг шаардах эрхтэй бөгөөд бид танд нэг хуулбарыг явуулна.

**Хэрэв PHI дахь хувийн мэдээлэл өөрчлөгдвөл яаж вэ?**

Бид мэдээллийг дагаж мөрдөхийг шаардана. Бид энэ мэдээллийг өөрчлөх эрхтэй. Хэрэв хууль эсвэл бидний хувийн практик өөрчлөгдсөн тохиолдолд бид танд шинэ мэдээллийн тухай мэдэгдэл явуулж, ирж авах газрын хаягийг эсвэл тань уруу мэдээллийг явуулах болно.

**Хэрэв бид энэ мэдээллийн тухай эсвэл PHI эрхийн талаар асуултауд гарвал хэнтэй холбогдох вэ?**

Хэрэв энэ мэдээллийн талаар ямар нэгэн асуулт гарвал та DSHS Хариуцлагат Ажилтантай доорх хаягаар холбоо барина уу: [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) эсвэл (360) 902-8278.

**Би өөрийн PHI эрх зөрчигдсөнийг яаж мэдэгдэх вэ ?**

Хэрэв та өөрийн PHI -ийн эрх зөрчигдсэн гэж үзэж байвал та бланк бөглөн доорхи хаягаар явуулна уу:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 эсвэл эмайлээр: [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) явуулна уу. Хэрэв та гомдол гаргавал DSHS нь таны үйлчилгээг өөрчлөх буюу зогсоохгүй бөгөөд таны эсрэг хариу арга хэмжээ гаргах ёсгүй.

## **ЭСВЭЛ**

Өөрийн өргөдлийг онлайнгаар доорхи хаягаар явуулна уу:

[https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) эсвэл доорхи хаягаар захидал бичнэ үү: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, утас: (800) 368-1019. DHHS -д гаргах өргөдөл нь хувийн байдалд зөрчил гарсан өдрөөс 180 хоногийн дотор хийгдэх шаардлагатай.

**Мэдэгдэл**  
**Acknowledgement**

(DSHS нь эмчилгээ эрүүл мэндийн шууд үйлчилгээ үзүүлэхэд хэрэгтэй )

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН НЭР	ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ТӨРСӨН ОГНОО
--------------------	-----------------------------

**Би DSHS Хувийн Мэдэгдэлийн хуулбарыг авсан ба DSHS нь миний Хувийн Эрүүл Мэндийн Мэдээлэлийг ашиглах ба хуваалцах талаар асуулт асуух боломжтой болсон.**

ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ ЭСВЭЛ ХУВИЙН ТӨЛӨӨЛӨГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ	ОГНОО
--	-------

**FOR DSHS USE ONLY (DSHS-д зөвхөн)**

**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
-------------------	------