Washington State
Department of Social
& Health Services

اطلاعیه حرفه های خصوصی

برای اطلاعات محرمانه موکل

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION

تاریخ اجرا 14 آوریل 2003

قانون DSHS را ملزم به اعلان حقوق شخصی شما مینما ید.این اطلاعیه بر صلاحیت شما برای خدمات DSHS موثر واقع نمیگردد.

این اطلاعیه ،چگونگی استفاده و افشاءکردن اطلاعات پزشکی وسایراطلاعات محرمانه را درباره شما و نیز چگونگی مشاهده این اطلاعات را شرح می دهد. لطفا آن را بدقت بررسی نمایید.

DSHS چه اطلاعات محرمانه ای در باره من دارد؟

شما ممکن است برنامه های DSHS که مزایا یا خدماتی را فراهم میاورند درخواست نمایید و یا در آنها شرکت کنید. بعنوان بخشی از آن فرایند ، ممکن است شما نیاز به ارائه اطلاعاتی از قبیل اطلاعات تماس، مالی و سلامتي باشید. ممکن است ما نیزاطلاعات محرمانه مورد نیاز در باره شما را از منابع دیگری به منظور خدمت به شما یا تسهیل پرداخت برای معالجه شما بدست آوریم.

چه اشخاصی اطلاعات محرمانه من را مشاهده میکنند؟

ما فقط حداقل مقدار اطلاعات محرمانه مورد نیاز خود را جهت انجام کارمان مي بینیم. ما ممکن است چنانچه بواسطه قانون ویا با اجازه شما اطلاعات را با اشخاص و برنامه هاي دیگر به شراکت بگذاریم. براي مثال اطلاعات محرمانه درباره سلامتي شما ممکن است به مداواگران و سایر دست اندرکاران معالجه شما داده شود. ما ممکن است اطلاعات گذشته،در جریان و آینده شما را به شراکت بگذاریم.

چه اطلاعاتی را DSHS به شراکت میگذارد؟

ما فقط اطلاعاتي از شما را به شراکت میگذاریم که براي انجام کارهاي سایرین مورد نیازباشد. شما میتوانید لیست منابعي را که به آنهااطلاعات سلامتي شما را ارسال کرده ایم بخواهید.

چه موقع DSHS اطلاعات را به شراکت می گذارد؟

ما این اطلاعات را به منظور هماهنگي براي درمان،پرداخت و عملیات نمایندگي نگه داشته و به شراکت میگذاریم. ما ممکن است اطلاعات را در موارد ذیل به شراکت بگذاریم:

- به منظور مشخص کردن اینکه آیا درمان پزشکي مناسب است.
- براي پراخت خدمات دریافتي از تامین کنندگان سلامتي.
- به منظور مشخص کردن صلاحیت در موارد مزایا یا خدمات شما.
- براي ارزیابي کیفیت دریافت معالجه از تامین کنندگان.

آیاممکن است من اطلاعات مربوط به خود را ببینم؟

شما میتوانید اطلاعات موجود در باره خودتان را ببینید. اگر سوابق شما بیشتر از یك بخش DSHS است لازم است به ما بگویید چه سوابقي را مي خواهید مشاهده کنید.اگر بخواهید میتوانید کپي دریافت کنید. ممکن است DSHS براي ارائه کپي سوابق شما مبلغي را اخذ نماید.

آیا ممکن است من سوابق مربوط به خود را تغییر دهم؟

اگر تصور میکنید که اطلاعات سوابق شما اشتباه است، میتوانید یك تقاضاي کتبي براي اصلاح یا افزایش اطلاعات جدید به ما ارسال نمایید. شما نیز میتوانید از ما بخواهید اصلاحات مربوطه را به سایر اشخاصي که کپي سوابق شما را دارند ارسال نماییم.

چه می شود اگر شخص دیگری اطلاعات محرمانه من را نیاز داشته باشد؟

ممکن است از شما بخواهیم فرم مجوزي را امضاء نمایید که اجازه دهد اطلاعات شما به شراکت گذاشته شود چنانچه:

- لازم باشد DSHS اطلاعات را به منابع دیگري ارسال نماید،
- شما از ما بخواهید اطلاعات را به نمایندگي یا تامین کننده دیگري ارسال نماییم،
- شما اطلاعاتي را بخواهید که به شخص دیگري همچون وکیل، فامیل یا سایر نمایندگان ارسال شده است.

اجازه شما براي به شراکت گذاشتن اطلاعات تا تاریخي که در فرم مجوز مرقوم نموده اید موثر واقع میگردد. ما فقط اطلاعاتي که شما لیست کرده اید به شراکت مي گذاریم .شما میتوانید این اجازه را کتبا لغو نموده و یا آن را تغییر دهید.

اطلاعیه حرفه های خصوصی DSHS برای اطلاعات محرمانه

تاریخ اجرا 14 آوریل 2003

آیا ممکن است اطلاعات محرمانه ام بدون اجازه من به شراکت گذاشته شود؟

بله،مواقعي وجود دارد كه اطلاعات محرمانه بدون اجازه شما به شراكت گذاشته شود. در برخي مواقع ما بواسطه قانون ملزم و يا مجاز مي شويم اطلاعات محرمانه شما را به شراكت بگذاريم ، حتي اگر شما به ما اجازه ندهيد. برخي از آن موقعيتها بشرح ذيل است:

- گزارش در مورد اتفاقات سواستفاده از كودك يا بزرگسال يا غفلت از پليس يا ساير نمايندگي هاي مقتضی.
- فراهم كردن سوابق وقتيكه توسط دادگاه مقرر گردد.
- ارائه اطلاعات به ساير نمايندگيهايي كه عمليات DSHS دريافت ميدارند.
- به شراكت گذاشتن اطلاعات با نمايندگيهاي دولتي كه به تسهيلات پزشكي همچون خانه هاي پرستاري و بيمارستانها پروانه كار داده و يا از آنها بازرسي ميكنند.
- به شراكت گذاشتن اطلاعات توسط تامين كنندگان يا ساير نمايندگيها به منظور تعيين اينكه آيا شما صلاحيت استفاده از مزايا و خدمات را داريد لازم گردد.
- ارائه برخي اطلاعات معين به والدين يا قيم هاي صغار.
- استفاده از اطلاعات براي اهداف تحقيقي.

آیا ممکن است من در مورد اطلاعات محرمانه ام محدودیت قائل شوم واینکه چگونه آن را دریافت کنم؟

شما ممكن است از ما بخواهيد كه استفاده از و به شراكت گذاشتن اطلاعات سلامتی شما را محدود كنيم اما ما ملزم به اين امر نمي باشيم. شما نيز ممكن است بخواهيد كه اين اطلاعات را به شما با فرمت يا به محل ديگري ارسال كنيم.

آیا ممکن است یک کپی از این اطلاعیه داشته باشم؟

بله، اين اطلاعيه براي نگهداري شما ميباشد. اگر شما آن را الكترونيكي دريافت نموده ايد ، ميتوانيد كپي آن را درخواست كنيد و ما براي شما يك نسخه فراهم مياوريم.

چه میشود اگر حرفه های خصوصی تغییر نمایند؟

ما حق تغيير عمليات دراين اطلاعيه را برای خود محفوظ ميداريم. اگر قانون تغيير كند ما يك اطلاعيه جديد برای شما در مورد آن تغييرات ارسال ميكنيم.

چنانچه سواالی در باره این اطلاعیه یا حقوقم داشته باشم با چه کسی تماس بگیرم ؟

در صورت هر گونه سوال در باره اين اطلاعيه لطفا با شخصي كه به شما گفته شده است تماس بگيريد.اگر نياز به كمك بيشتري داريد ، ميتوانيد به رابط DSHS Privacy با شماره 8278-902 (360) تماس بگيريد.

چگونه نقض حقوق خصوصی ام را گزارش نمایم؟

اگر بر اين باور باشيد كه حقوق خصوصي شما نقض شده است ميتوانيد عليه ما به آدرس ذيل شكايت نماييد:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115.

اگر عليه ما شكايت نماييد، DSHS ارائه خدمات و مزاياي شما را تغيير نداده و آنها را متوقف نمی كند و در صدد تلافي با شما بر نمي آيد.

یا

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C, 20201.

هر گونه شكايت در مورد DHHS بايد ظرف 180 روز از نقض خصوصي انجام پذيرد.

Washington State
Department of Social
& Health Services

اطلاعیه حرفه های خصوصی DSHS برای اطلاعات محرمانه

تاریخ اجرا 14 آوریل 2003

اعلامیه وصول

نام موکل(لطفا با حروف بزرگ بنویسید)	تاریخ تولد موکل

من یك نسخه كپي از اطلاعیه خصوصي DSHS دریافت كردم و فرصت سوال كردن در باره استفاده و به شراكت گذاشتن اطلاعات محرمانه سلامتی خود را توسط DSHS داشته ام.

محل امضاي موكل یا نماینده شخصي	تاریخ

FOR DSHS USE ONLY

To be completed if unable to obtain client's or personal representative's signature.

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