Washington State Department of Social & Health Services

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION

AZ ÜGYFÉL BIZALMAS INFORMÁCIÓJÁNAK TITOKTARTÁSI GYAKORLATÁRA VONATKOZÓ NYILATKOZAT

Érvényes 2003. április 14.-től

A törvény megköveteli, hogy a DSHS értesítse Önt az Ön bizalmas információjával kapcsolatos titoktartási jogairól. Ez a nyilatkozat nincsen behatással az Ön DSHS szolgáltatásaira való jogosultságára.

Az alábbiakban közöljük, hogy miként használható és közölhető az Ön orvosi és más bizalmas információja, és hogy Ön miként tekintheti meg ezt az információt. Kérjük, nézze át gondosan.

Milyen bizalmas információja van rólam a DSHS-nek?

Ön folyamodhat, vagy részt vehet DSHS programokban, amelyek juttatásokat vagy szolgáltatásokat nyújtanak. Ennek a folyamatnak részeként Önnek esetleg közölnie kell bizalmas információt, mint például az Ön elérhetőségét, pénzügyi és egészségügyi információt. Azon kívül kaphatunk bizalmas információt Önről más forrásoktól is, amelyekre szükségünk van ahhoz, hogy Önnek szolgáltatásokat nyújtsunk, vagy az Ön gondozásáért fizessünk.

Ki látja az én bizalmas információmat?

Mi csak a munkánk elvégzéséhez szükséges minimális információt látjuk. Esetleg megoszthatjuk az információt más programokkal vagy személyekkel, ha azt a törvény megengedi, vagy Ön engedélyt ad rá. Például az Ön egészségére vonatkozó bizalmas információt Önt ellátó egészségügyi gondozóknak vagy más gondozóknak kiadhatjuk és azok használhatják. , Megoszthatunk múlt-, jelen- vagy jövőbeli információt.

Milyen információt oszt meg a DSHS?

Csak olyan információt osztunk meg Önről, amire másoknak szüksége van ahhoz, hogy munkájukat elvégezzék. Ön elkérheti tőlünk azoknak a helyeknek a listáját, akiknek az Ön egészségügyi információját elküldtük.

Mikor oszt meg bizalmas információt a DSHS?

Azért tartunk meg és osztunk meg információt, hogy a kezelést, a fizetséget, és a hivatal működését koordináljuk. Megoszthatunk információt annak érdekében, hogy

- Meghatározzuk, hogy az orvosi kezelés megfelelő-e;
- Fizessünk az egészségügyi gondozók szolgáltatásaiért;
- Meghatározzuk az Ön szolgáltatásokra és a juttatásokra való jogosultságát;
- Kiértékeljük az Ön gondozóktól kapott ellátásának minőségét.

Megnézhetem az információmat?

Ön megnézheti az információt, ami Önről rendelkezésünkre áll. Ha Önnek több mint egy helyen vannak adatai a DSHS-nél, akkor közölnie kell velünk, hogy Ön melyik adatokat akarja látni. Kérésre Ön kaphat egy másolatot. A DSHS fizetséget kérhet Öntől az Ön adatainak a másolatáért.

Megváltoztathatom az adataimat?

Ha Ön úgy gondolja, hogy az egészségügyi információ az Ön adataiban téves, küldhet egy írott kérelmet, hogy módosítsuk, vagy új információt adjunk az Ön adataihoz. Azt is kérheti, hogy módosításokat küldjünk másoknak, akik megkapták az Ön adatait.

Mi történik, ha valaki másnak kell a bizalmas információm?

Megkérhetik Önt, hogy meghatalmazást írjon alá, amelyben Ön megengedi az Ön információjának megosztását, ha

- A DSHS-nek információt kell küldenie máshová;
- Ön azt akarja, hogy információt küldjenek egy másik hivatalnak, vagy ellátónak;
- Ön azt akarja, hogy információt küldjenek egy másik személynek, mint például az Ön ügyvédjének, egy rokonnak vagy az Ön más képviselőjének.

Az Ön engedélye, hogy információját kiadjuk, addig a dátumig érvényes, amit Ön a meghatalmazási űrlapra ráír. Csak olyan információkat oszthatunk meg, amelyeket Ön felsorol. Ön írásban visszavonhatja, vagy megváltoztathatja ezt az engedélyt.

A DSHS, BIZALMAS INFORMÁCIÓNAK TITOKTARTÁSI GYAKORLATÁRA VONATKOZÓ NYILATKOZAT
Érvényes 2003. április 14.-től

Megoszthatnak bizalmas információt engedélyem nélkül?

Igen, vannak alkalmak, amikor a bizalmas információ kiadható az Ön engedélye nélkül. A törvény értelmében, bizonyos esetekben kötelező, vagy megengedett, hogy bizalmas információt megosszunk Önről még akkor is, ha Ön nem adott nekünk arra engedélyt. Ilyen esetek például a következők:

- Gyermek vagy felnőtt elleni kegyetlenkedés vagy elhanyagolás jelentése a rendőrségnek, vagy más megfelelő hivatalnak;
- Adatok kiadása, ha azt a bíróság elrendeli;
- Információ kiadása más hivataloknak, akik a DSHS működését ellenőrzik;
- Információ megosztása más kormányhivatalokkal, amelyek egészségügyi intézményeket engedélyeznek és ellenőriznek, mint például öregotthonokat és kórházakat;
- Információ megosztása szolgáltatókkal vagy más hivatalokkal, hogy meg tudják határozni, Ön jogosult-e a szolgáltatásokra vagy a juttatásokra;
- Bizonyos információ kiadása kiskorúak szüleinek vagy gyámjainak;
- Információ használata kutatási célokra.

Korlátozhatom információm megosztását, és hogy érem azt el?

Ön megkérhet minket, hogy korlátozzuk az Ön egészségügyi információjának használatát és megosztását, de nekünk nem kell ebbe beleegyeznünk. Ön azt is megkérheti, hogy ezt az információt más formában küldjük Önnek vagy más helyre.

Megkaphatom ennek a nyilatkozatnak egy példányát?

Igen, Ez a nyilatkozat az Öné. Ha ezt a nyilatkozatot elektronikusan kapta meg, kérhet belőle egy papírpéldányt és mi fogunk adni egyet.

Mi történik, ha a titoktartási gyakorlat megváltozik?

Fenntartjuk magunknak a jogot, hogy megváltoztassuk az ebben a nyilatkozatban leírt gyakorlatot. Ha a törvény megváltozik, új nyilatkozatot küldünk Önnek azokról a változásokról.

Kivel kell érintkezésbe lépnem, ha kérdéseim vannak ezzel a közleménnyel vagy a jogaimmal kapcsolatban?

Ha valami kérdése van ezzel a közleménnyel kapcsolatban kérjük, kérdezze meg attól a személytől, aki Önnek ezt a nyilatkozatot adta. Ha további segítségre van szüksége, hívhatja a DSHS 46. Titoktartási Előadót a (360) 902-8278 számon.

Hogyan jelentem be, ha megsértették titoktartási jogaimat?

Ha Ön úgy gondolja, hogy az Ön titoktartási jogait megsértették, Ön panaszt adhat be a következő címre:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115. Ha Ön panaszt ad be, a DSHS nem fogja megváltoztatni, vagy beszüntetni az Ön szolgáltatásait vagy juttatásait és nem tehet lépéseket Ön ellen emiatt.

VAGY

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201. A DHHS-hez tett minden panaszt a titoktartási jogok megsértésétől számított 180 napon belül kell jelenteni.

Washington State Department of Social & Health Services

DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION
A DSHS BIZALMAS INFORMÁCIÓNAK TITOKTARTÁSI GYAKORLATÁRA VONATKOZÓ NYILATKOZAT
Érvényes: 2003. április 14-től

ACKNOWLEDGEMENT/ELISMERVÉNY

ÜGYFÉL NEVE (KÉRJÜK, ÍRJON NYOMTATOTT BETŰKKEL)	AZ ÜGYFÉL SZÜLETÉSÉNEK DÁTUMA
Megkaptam a DSHS Titoktartásról szóló Nyilatkozatának egy példányát és alkalmam volt arra, hogy kérdéseket tegyek fel arról, hogy a DSHS hogyan fogja használni és megosztani másokkal a bizalmas egészségügyi információmat.	
AZ ÜGYFÉL VAGY SZEMÉLYES KÉPVISELŐJÉNEK ALÁÍRÁSA	DÁTUM

FOR DSHS USE ONLY/KIZÁRÓLAG A DSHS HASZNÁLATÁRA

Akkor kell kitölteni, ha az ügyfél, vagy személyes képviselőjének aláírását nem lehetett megkapni.

Írja le a kísérleteket, amelyeket Ön annak érdekében tett, hogy az ügyfél elismerje a Titoktartási Gyakorlatra Vonatkozó Nyilatkozat (NPP) átvételét:

Írja le az okot, amiért az elismervényt nem lehetett megszerezni:

A HIVATALNOK NEVE ÉS CÍME (KÉRJÜK, ÍRJON NYOMTATOTT BETŰKKEL)	ADMINISZTRÁCIÓ/OSZTÁLY
A HIVATALNOK ALÁÍRÁSA	DÁTUM