Washington State Department of Social & Health Services

MÜVEKKİLLER HAKKINDAKİ GİZLİ BİLGİLERE UYGULANAN GİZLİLİK POLİTİKASINA İLİŞKİN DUYURU

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION

14 Nisan 2003 tarihinden itibaren geçerlidir

Yasalar, gizlilik haklarınızın DSHS tarafından size bildirilmesini gerektirmektedir.
Bu duyuru, DSHS hizmetlerinden yararlanma hakkınızı etkilemez.

Bu duyuruda, hakkınızdaki tıbbi ve gizli bilgilerin nasıl kullanılabileceği ve açıklanabileceği, ve bu bilgilere nasıl erişebileceğiniz anlatılmaktadır. Lütfen duyuruyu dikkatle inceleyiniz.

DSHS'de benim hakkımda ne tür gizli bilgiler bulunmaktadır?

Yardım ya da hizmet sağlayan DSHS programlarına başvuruyor veya katılıyor olabilirsiniz. Bu sürecin bir parçası olarak, parasal, ulaşım ve sağlık bilgileri gibi gizli bilgileri vermeniz gerekebilir. Ayrıca, size hizmet verebilmek ya da bakımınızın bedeli olan ödemeleri yapabilmek için başka kaynaklardan hakkınızda gizli bilgi alabiliriz.

Gizli bilgilerimi kimler görür?

Gördüğümüz gizli bilgiler, sadece işimizi yapmamız için gerekli minimum düzeyde bilgilerdir. Yasalar olanak tanıdığında ya da siz izin verdiğinizde diğer programlar veya kişiler ile de bilgi paylaşabiliriz. Örneğin, sağlığınızla ilgili gizli bilgiler, size sağlık bakım kuruluşlarına ya da bakımınızla ilgilenen diğer sağlayıcılara verilebilir ve onlar tarafından kullanılabilir. Geçmiş, güncel ve gelecekteki bilgiler paylaşılabilir.

DSHS hangi bilgileri paylaşır?

Sadece, başkalarının işlerini yapabilmeleri için gerekli olan sizinle ilgili bilgileri paylaşırız. Sağlığınız hakkındaki bilgileri gönderdiğimiz yerlerin listesini bizden isteyebilirsiniz.

DSHS gizli bilgileri ne zaman paylaşır?

Bilgiler; tedaviyi, ödemeleri ve daire çalışmalarını koordine etmek için saklanır ve paylaşılır. Bilgiler aşağıdaki amaçlarla paylaşılabilir:

- Tıbbi tedavinin uygun olup olmadığını tespit etmek.
- Sağlık bakım sağlayıcılarının hizmetleri için ödeme yapmak.
- Hizmet ya da yardım alıp alamayacağınızı tespit etmek.
- Sağlayıcıların size sunduğu hizmetin kalitesini değerlendirmek.

Hakkımdaki bilgileri görebilir miyim?

Elimizdeki sizinle ilgili bilgileri görebilirsiniz. DSHS'in birden fazla kısmında kayıtlarınız varsa, hangi kayıtları görmek istediğinizi bize söylemeniz gerekecektir. İstediğiniz zaman bilgilerin bir kopyası size verilir. DSHS, kayıtlarınızın kopyaları için sizden ücret talep edebilir.

Kayıtlarımda değişiklik yapabilir miyim?

Kayıtlarınızdaki sağlık bilgilerinin yanlış olduğu görüşündeyseniz, bilgilere ekleme ya da değişiklik yapmamızı yazılı olarak isteyebilirsiniz. Ayrıca, kayıtlarınızın kopyalarını alan diğer kişi ve kuruluşlara da aynı değişiklikleri göndermemizi isteyebilirsiniz.

Hakkımdaki gizli bilgileri bir başkası isterse ne olur?

Aşağıdaki hallerde, hakkınızdaki bilgileri paylaşabilmemiz için bir izin formunu imzalamanız istenebilir:

- Bilgilerin DSHS tarafından başka yerlere gönderilmesi gerektiğinde;
- Başka bir daire ya da sağlayıcıya bilgi göndermemizi istediğinizde;
- Avukatınız, akrabanız ya da başka temsilciniz gibi diğer bir kişiye bilgi gönderilmesini istediğinizde.

Hakkınızdaki bilgilerin paylaşılması için vermiş olduğunuz izin, formun üstüne yazacağınız tarihe kadar geçerlidir. Sadece listeye yazdığınız bilgileri paylaşabiliriz. Bu izni bize vereceğiniz bir yazı ile değiştirebilir ya da geri çekebilirsiniz.

GİZLİ BİLGİLERE UYGULANAN GİZLİLİK POLİTİKASINA İLİŞKİN DSHS DUYURUSU
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION
14 Nisan 2003 tarihinden itibaren geçerlidir

Gizli bilgiler iznim olmadan paylaşılabilir mi?

Evet, gizli bilgilerin izniniz olmadan paylaşıldığı zamanlar olabilir. Yasalar uyarınca, hakkınızdaki gizli bilgileri, bize izin vermeseniz dahi, zaman zaman paylaşmamız zorunludur ya da yasalar paylaşmamıza izin verir. Bu tür durumların bazıları şunlardır:

- Çocuk ya da yetişkin istismar veya ihmal olaylarının polise veya diğer ilgili dairelere bildirilmesi;
- Kayıtların mahkeme emriyle sağlanması;
- DSHS faaliyetlerini inceleyen diğer dairelere bilgi verilmesi;
- Şifa yurdu ve hastane gibi tıbbi tesislere ruhsat veren ve bu tür tesisleri denetleyen devlet daireleri ile bilgi paylaşılması;
- Hizmet veya yardım alıp alamayacağınızı tespit etmek için hizmet sağlayıcıları veya diğer daireler ile gerekli bilgilerin paylaşılması;
- Reşit olmayanların veli ya da vasilerine bazı bilgilerin verilmesi;
- Bilgilerin araştırma amaçları için kullanılması.

Hakkımdaki bilgilerin paylaşılmasını sınırlandırabilir miyim ve bilgilerin bana gönderilme şeklini değiştirebilir miyim?

Sağlığınız hakkındaki bilgilerin paylaşılmasını sınırlandırmak için bize istekte bulunabilirsiniz; ancak isteğinizi yerine getirme zorunluluğumuz yoktur. Bu bilgileri size başka bir formatta ya da başka bir yere göndermemizi de isteyebilirsiniz.

Bu duyurunun bir kopyasını alabilir miyim?

Evet. Bu duyuru sizindir. Bu duyuruyu elektronik ortamda aldıysanız, kağıt üzerindeki bir kopyasını istediğinizde size sağlanacaktır.

Gizlilik uygulamaları değişirse ne olacak?

Bu duyuruda belirtilen gizlilik uygulamalarında değişiklik yapma hakkına sahibiz. Yasa değişirse, bu değişiklikler hakkında size yeni bir duyuru gönderilecektir.

Bu duyuruya veya haklarıma ilişkin sorularım olursa kimle temas kurmalıyım?

Bu duyuru hakkında sorularınız olursa, lütfen duyuruyu size veren kişiye sorunuz. Daha fazla yardım gerekirse, (360) 902-8278'den DSHS Gizlilik Görevlisini (Privacy Officer) arayabilirsiniz.

Gizlilik haklarım ihlal edilirse nasıl bildirebilirim?

Gizlilik haklarınızın ihlal edildiğine inanıyorsanız şikayetinizi aşağıdaki adrese gönderebilirsiniz:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115. Eğer bir şikayette bulunursanız, DSHS tarafından size yapılan hizmetler ya da yardımlar değiştirilemez veya durdurulamaz, ve size karşı misilleme yapılamaz.

VEYA

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201. DHHS'ye yapılacak şikayetler, gizlilik ihlalinden sonra 180 gün içinde gönderilmelidir.

Washington State Department of Social & Health Services

GİZLİ BİLGİLERE UYGULANAN GİZLİLİK POLİTİKASINA İLİŞKİN DSHS DUYURUSU
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION
14 Nisan 2003 tarihinden itibaren geçerlidir

ALINDI ONAYI

MÜVEKKİLİN ADI SOYADI (LÜTFEN KİTAP HARFLERİYLE YAZINIZ)	MÜVEKKİLİN DOĞUM TARİHİ

DSHS Gizlilik Duyurusunun bir kopyasını aldım ve sağlığıma ilişkin gizli bilgilerin DSHS tarafından nasıl kullanılacağı ve paylaşılacağı hakkında soru sorma fırsatım oldu.

MÜVEKKİL YA DA KİŞİSEL TEMSİLCİSİNİN İMZASI	TARİH

FOR DSHS USE ONLY / SADECE DSHS KULLANIMI İÇİNDİR

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

Sadece müvekkilin ya da kişisel temsilcisinin imzası alınamazsa doldurulacaktır.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Gizlilik Uygulamaları Duyurusunu (NPP) müvekkilin aldığını onaylaması için ne gibi girişimlerde bulunulduğunu açıklayınız:

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

Alındı onayının alınmama nedenini açıklayınız:

STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT) ELEMANIN ADI SOYADI VE UNVANI (LÜTFEN KİTAP HARFLERİYLE YAZINIZ)	ADMINISTRATION/DIVISION İDARE/BÖLÜM

STAFF'S SIGNATURE / ELEMANIN İMZASI	DATE / TARİH