

You First အဖွဲ့ဝင်လျှောက်လွှာ

ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်ပြီး အောက်ပါအတိုင်း ပြန်ပို့ပေးပါ-

စာတိုက်မှပို့ရန်- Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380

ဖက်စ်ပို့ရန်- 802-657-4208

နားမကြားသူနှင့် အကြားအာရုံချို့ယွင်းသူများအတွက် Vermont ဆွံ့အနားမကြားသူဖုန်းလိုင်း 711 ကို သုံး၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖုန်းနံပါတ်ဖြစ်သည့် 1-800-508-2222 ကို ပြောလိုက်ပါ။

မေးမြန်းစရာများရှိလျှင်ဖြစ်စေ၊ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုလိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ 1-800-508-2222 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ လူကြီးမင်းအသုံးပြုသည့် ဘာသာစကားကို ဖော်ပြပေးလျှင် ကျွန်ုပ်တို့က စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် ချိတ်ဆက်ပေးပါမည်။

အပိုင်း 1-သင့်အကြောင်း

အမည်ပထမစာလုံး-

အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး-

သင့်ကို You First ဝန်ထမ်းများ ခေါ်ဆိုစေလိုသည့် အမည်-

မွေးသက္ကရာဇ်(လ/ရက်/နှစ်)-

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (XXX-XX-XXXX)-

☐ ကျွန်ုပ်တို့တွင် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်မရှိပါ

နာမ်စားများ- ☐ သူမ/သူမကို ☐ သူ/သူ့ကို ☐ သူတို့/သူတို့ကို ☐ အခြား (ကျေးဇူးပြုပြီး အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ)-

လမ်းလိပ်စာ-

☐ လောလောဆယ် ကျွန်ုပ်တို့တွင် အမြဲတမ်းနေရပ်လိပ်စာမရှိပါ

မြို့တော်/မြို့-

ပြည်နယ်-

စာပို့ကုဒ်-

စာပို့ရန်လိပ်စာ (အထက်တွင် ဖော်ပြခဲ့သည်များနှင့် ကွဲလွဲလျှင်)-

အီးမေးလ်လိပ်စာ-

ဖုန်းနံပါတ်- () -	☐ အိမ်ဖုန်း ☐ အလုပ်ဖုန်း ☐ လက်ကိုင်ဖုန်း မက်ဆေ့ချ်ချန်ထားရန် အဆင်ပြေပါသလား။ ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
သင့်ကို မည်သို့ဆက်သွယ်စေလိုပါသနည်း။	☐ ဖုန်းဖြင့် ☐ အီးမေးလ်ဖြင့် ☐ စာဖြင့်
သင်သည် လက်တင်အမေရိက သို့မဟုတ် ဟစ်စပန်းနစ်ဇာတိ ဖြစ်ပါသလား။	☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မဖြေလိုပါ
သင့်ကို မည်သည့်လူမျိုး (သို့) လူမျိုးများအဖြစ် သတ်မှတ်သနည်း။ (ကျေးဇူးပြု၍ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ)	☐ ဌာနေတိုင်းရင်းသား၊ အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာဒေသခံ ☐ မသိပါ/မသေချာပါ ☐ မဖြေလိုပါ ☐ အခြား (ကျေးဇူးပြုပြီး ဖော်ပြပါ)-
☐ လူဖြူ ☐ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန် ☐ အာရှသား သို့မဟုတ် အာရှအမေရိကန် ☐ ဟာဝိုင်အီဇာတိ သို့မဟုတ် ပစိဖိတ် ကျွန်းသား	
စာဖြင့်ရေး၊ နှုတ်ဖြင့်ပါ ဆက်သွယ်ရန်အတွက် မည်သည့်ဘာသာစကားကို သင်အသုံးပြုစေလိုသနည်း။	☐ အင်္ဂလိပ် ☐ နီပေါ ☐ စပိန် ☐ ဆိုမာလီ ☐ အာရဗီ ☐ ကီရ်နီဒီ ☐ ပြင်သစ် ☐ အခြား (ကျေးဇူးပြုပြီး ဖော်ပြပါ)-
သင့်ကို စကားပြန်ဖြင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုရန် လိုအပ်ပါသလား။	☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
သင်ပြီးစီးခဲ့သည့် အမြင့်ဆုံးပညာအရည်အချင်းမှာ အဘယ်နည်း။	☐ ကောလိပ်တစ်ဝက်တစ်ပျက် ☐ ကောလိပ်ဘွဲ့ရ ☐ မသိပါ/မည်သည့်အဆင့်နှင့်ညီမှန်း သေချာမသိပါ ☐ မဖြေလိုပါ
☐ 9 တန်းအောက် ☐ အထက်တန်းတစ်ဝက်တစ်ပျက် ☐ အထက်တန်းအောင် (သို့) ၎င်းနှင့် အဆင့်တူ	
သင့်ကို LGBTQ+ တစ်ယောက်အဖြစ် သတ်မှတ်ပါသလား။ (မိန်းမလျာ၊ ယောက်ျားလျာ၊ လိင်တူလိင်ကွဲ နှစ်ခုလုံးစိတ်ဝင်စားသူ၊ လိင်ပြောင်းထားသူ၊ လိင်တူစိတ်ဝင်စားသူ)	☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မဖြေလိုပါ
သင့်တွင် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ သင်ယူမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ခံစားမှုဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးပြဿနာ ရှိပါသလား သို့မဟုတ် ကိုယ်လက်မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်ပါသလား။	☐ ဟုတ်ကဲ့ ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မဖြေလိုပါ

အစီအစဉ်တွင်အကျုံးဝင်သည့် Vermont ဒေသခံအားလုံးထံ ရောက်ရှိကြောင်း သေချာစေရန်အတွက် You First အစီအစဉ်သည် လူမျိုး၊ မျိုးနွယ်စု၊ ပညာရေး၊ လိင်ခံယူချက်၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာလက္ခဏာ၊ မသန်စွမ်းမှုအပြင် ဘာသာစကားနှင့်ဆိုင်သော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို တောင်းခံပါသည်။ ကျန်းမာရေးရလဒ်များတွင် ကြိုတင်ကာကွယ်နိုင်သည့် ကွဲပြားမှုများကို လျော့ချနိုင်ရန် သင်၏အဖြေများသည် ကျွန်ုပ်တို့အဖို့ ကျန်းမာရေးအထောက်အကူပြုပါသည်။ သို့သော် “မဖြေလိုပါ” ဟူသည့် အဖြေကို သင်ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။

အပိုင်း 2-- ဝင်ငွေ

အခွန်မဆောင်မီ အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ စုစုပေါင်း-ဒေါ်လာ

☐ နှစ်စဉ် ☐ လစဉ် ☐ အပတ်စဉ် ☐ တစ်ပတ်ခြားတစ်ခါ

အဆိုပါဝင်ငွေပေါ်တွင် မှီခိုနေထိုင်ရသည့် လူဦးရေ စုစုပေါင်း-

(သင်ကိုယ်တိုင် ၊ အိမ်ထောင်ဖက်/လက်တွဲဖက်၊ ကလေးများ သို့မဟုတ် အဆိုပါဝင်ငွေပေါ် မှီခိုနေထိုင်ရသည့် အခြားသူအားလုံးကို ထည့်သွင်းပါ)

အပိုင်း 3- ကျန်းမာရေးအာမခံ

သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။

- ☐ ဟုတ်ကဲ့။ ကျွန်ုပ်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသည်။
- ☐ မဟုတ်ပါ။ လောလောဆယ် ကျွန်ုပ်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိပါ။

ရှိလျှင် အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ-

အာမခံကုမ္ပဏီ၏အမည်-	အာမခံဝန်ဆောင်မှု စတင်သည့်နေ့စွဲ-
မူဝါဒပိုင်ရှင်၏ အမည်-	မူဝါဒ သို့မဟုတ် အိုင်ဒီ နံပါတ်-
အုပ်စု သို့မဟုတ် အကောင့် နံပါတ်-	

အပိုင်း 4- ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း

သင့်တွင် ရင်သားကင်ဆာ/သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ ရှိပါသလား (သို့) ရှိခဲ့ဖူးပါသလား။

☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

သင့်တွင် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ ရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

ရှိလျှင်-	ရုံးအမည်- ရုံးတည်နေရာ (မြို့/မြို့တော်)-
-----------	---

မရှိလျှင် ဆရာဝန်ရှာဖွေရန် အကူအညီလိုပါသလား။

☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

သင်၏ နောက်ဆုံးအကြိမ် Pap

(သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာစစ်ဆေးမှု) သို့မဟုတ် HPV ☐ မည်သည့်အခါကမျှ Pap (သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာစစ်ဆေးမှု)/HPV (လိင်အင်္ဂါကြွက်နှိမ်ဆေးမှု)
(လိင်အင်္ဂါကြွက်နှိမ်ဆေးမှု) လုပ်ခဲ့သည်မှာ မလုပ်ဖူးပါ ☐ သားအိမ်ထုတ်ထားပါသည်
မည်သည့်အချိန်ကနည်း။

ရက်စွဲ-

☐ ရက်စွဲ အသေအချာ မသိပါ

တည်နေရာ-

သင့်တွင် သားအိမ်ပြဿနာ သို့မဟုတ် လတ်တလော ပုံမှန်မဟုတ်သည့် Pap

(သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာစစ်ဆေးမှု) သို့မဟုတ် HPV ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
(လိင်အင်္ဂါကြွက်နှိမ်ဆေးမှု) ရလဒ်များ ရှိပါသလား။

နောက်ဆုံးအကြိမ် ရင်သားဓာတ်မှန်ရိုက်ခဲ့သည်မှာ

မည်သည့်အချိန်ကနည်း။ ☐ ရင်သားဓာတ်မှန်ရိုက်ဖူးပါ ☐ သားမြတ်ဖြတ်ထုတ်ထားပါသည်

ရက်စွဲ-

☐ ရက်စွဲ အသေအချာ မသိပါ

ဆေးရုံအမည်-

သင့်တွင် ရင်သားနှင့်ပတ်သတ်သောအပြောင်းအလဲ၊ ပြဿနာ

သို့မဟုတ် လတ်တလော ပုံမှန်မဟုတ်သည့် ရင်သားဓာတ်မှန်ရလဒ် ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
ရှိပါသလား။

(စီးကရက်၊ ဆေးပြင်းလိပ် သို့မဟုတ် အီလက်ထရောနစ်

စီးကရက်ထုတ်ကုန်ကဲ့သို့သော) ဆေးရွက်ကြီးထုတ်ကုန်တစ်မျိုးမျိုးကို ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
သုံးစွဲပါသလား။ ☐ မဖြေလိုပါ

သုံးလျှင် သင့်ကို 802Quits သို့ လွှဲပြောင်းပေးနိုင်ပါသလား။

802Quits သည် သင့်ကို ဖုန်းဖြင့်ဆက်သွယ်မည်ဖြစ်ပြီး သင့်ကို ☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ
ခေါ်ဆိုမရလျှင် မက်ဆေ့ချ် ချန်ထားပါမည်။

You First အကြောင်း သင်မည်သို့သိခဲ့သနည်း။

- | | |
|--|---|
| ☐ ကျွန်ုပ်သည် အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်ခဲ့ဖူးသည် | ☐ ဆရာဝန်၊ သူနာပြု၊ ဆေးခန်းမှ (အတိအကျဖော်ပြပါ)- |
| ☐ သူငယ်ချင်း သို့မဟုတ် ဆွေမျိုးထံမှ | ☐ ပိုစတာ သို့မဟုတ် လက်ကမ်းစာစောင်မှ |
| ☐ အွန်လိုင်းတွင်ရှာဖွေရာမှ | ☐ Facebook သို့မဟုတ် လူမှုကွန်ရက်မှ |
| ☐ အွန်လိုင်းကြော်ငြာမှ | ☐ တီဗီ သို့မဟုတ် ရေဒီယိုမှ |
| ☐ Vermont လိင်ခံယူချက်မတူကွဲပြားသူများစင်တာမှ | ☐ အခြားမှ (အတိအကျဖော်ပြပေးပါ)- |

အပိုင်း 5- အဖွဲ့ဝင်သဘောတူညီချက် — ရပိုင်ခွင့်နှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ

ဤလျှောက်လွှာကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် You First အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်စာရင်းသွင်းရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူခွင့်ပြုလိုက်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်သိသမျှ မှန်ကန်သော အချက်အလက်များဖြင့် ဖြည့်စွက်ထားကြောင်း သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို You First က ဝင်ရောက်သုံးစွဲ၊ မျှဝေရန် ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုသည်။

အရည်အသွေးမီပြုစုစောင့်ရှောက်မှုကို ကျွန်ုပ်သေချာရရှိစေရန်နှင့် You First က ကျွန်ုပ်၏ သတ်မှတ်ချက်မီသော ဆေးကုသစရိတ်များကို ပေးချေနိုင်စေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်၊ ဆေးခန်း၊ ဆေးရုံ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းနှင့် ဘဝနေထိုင်မှု အစီအစဉ်များအား ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို You First အစီအစဉ်နှင့် ဝေမျှခွင့်ပေးပါသည်။

ရင်သားကင်ဆာနှင့် သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာဆိုင်ရာ ဓာတ်မှန်ရှိခြင်း၊ နှလုံးရောဂါဖြစ်နိုင်ခြေ စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ရောဂါအဖြေရှာခြင်း၊ ပြုစုကုသခြင်းဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအား ကျွန်ုပ်ကိုစမ်းသပ်ရာတွင်နှင့် ကုသရာတွင်ပါဝင်သည့် ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်၊ သူနာပြု၊ ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းများနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများနှင့်အတူ ဝေမျှရန် You First ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။

You First ကို ရောဂါထိန်းချုပ်ရေးနှင့် ကာကွယ်ရေးစင်တာများ (CDC) က ငွေကြေးထောက်ပံ့ထားပြီး ၎င်းသည် ထိုရန်ပုံငွေများကို အသုံးပြုပုံနှင့်ဆိုင်သော အချက်အလက်များကို You First ထံမှ စုဆောင်းရယူသည်။ ကျွန်ုပ်၏ မည်သူမည်ဝါမဖော်ပြသောအချက်အလက်များအား CDC နှင့် ဝေမျှရန် You First ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။ "မည်သူမည်ဝါမဖော်ပြသော" ဆိုသည်မှာ သင်မည်သူဖြစ်သည်ကို လူများသိနိုင်သည့် အချက်အလက်များအား ဖျောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ဖယ်ရှားခြင်းဖြင့် သင့်ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုကို ကျွန်ုပ်တို့က ကာကွယ်မည်ဟု ဆိုလိုခြင်းဖြစ်သည်။

Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၏ You First အစီအစဉ်တွင် ကျွန်ုပ်ပါဝင်စာရင်းသွင်းသောအခါ ဝန်ဆောင်မှုများကို ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်နိုင်ရန် ကျွန်ုပ်၏သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အခြားသော Vermont ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန (AHS) အစီအစဉ်များနှင့် အစီအစဉ်က ဝေမျှခြင်းအား ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပေးရမည်ကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို AHS ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့် သက်ဆိုင်ရာဥပဒေအားလုံးနှင့်အညီ လုံခြုံစွာထိန်းသိမ်းသွားပါမည်။ AHS ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ အသိပေးချက်မိတ္တူတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိပါသည်။

You First အစီအစဉ်မှ နုတ်ထွက်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်းကို ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။ အစီအစဉ်၌ ကျွန်ုပ်ပါဝင်စာရင်းသွင်းခြင်း မလုပ်လိုတော့လျှင် ကျွန်ုပ်နုတ်ထွက်နိုင်ရန် You First သို့ စာတစ်စောင်ပေးပို့ပါမည် သို့မဟုတ် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါမည်။ အောက်ပါလိပ်စာသို့ ကျေးဇူးပြုပြီး စာတစ်စောင်ပို့ပါ- Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 သို့မဟုတ် 800-508-2222 တွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှု ညှိနှိုင်းရေးအရာရှိသို့ ဖုန်းဆက်ပါ။

လက်မှတ်- _____ ရက်စွဲ- _____

ပူးတွဲပါ ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအသိပေးချက်ကို ကျေးဇူးပြု၍ လက်မှတ်ထိုးပြီး ပေးပို့ပါ။

အင်ဂျင်နာတန်နည်းပညာသုံးလက်မှတ်များကို လက်မခံပါ။ မေးစရာများရှိပါက You First အစီအစဉ် 1-800-508-2222 သို့ ဆက်သွယ်ပေးပါ။

ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

ဤသတိပေးချက်တွင် သင့်အကြောင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များနှင့် အခြားတစ်ဦးချင်း မည်သူမည်ဝါခဲ့ခြင်းနိုင်သော အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပုံ၊ ထုတ်ဖော်ပုံနှင့် ဤအချက်အလက်များကို သင်ရယူနိုင်ပုံတို့ကို ဖော်ပြထားပါသည်။ ဂရုတစိုက် ပြန်လည်သုံးသပ်ပါ။

အခမဲ့ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ပါသည်

ဤသတိပေးချက်ကို ဖတ်ရှုနားလည်နိုင်ရန် သင်သည် စကားပြန် သို့မဟုတ် အခြားအဆင်ပြေအောင် စီစဉ်ပေးမှု လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ။

ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များ-

စာမျက်နှာ 1-3

တစ်ဦးချင်း မည်သူမည်ဝါခဲ့ခြင်းနိုင်သော အချက်အလက်များနှင့် ပတ်သက်၍ အထွေထွေဆောင်ရွက်ချက်များ

စာမျက်နှာ 4

“ကျွန်ုပ်တို့” သည် Agency of Human Services (AHS) (ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ) ဖြစ်သည်။ AHS တွင် ကလေးများနှင့် မိသားစုများအတွက် ဌာန၊ မသန်စွမ်းသူများ၊ သက်ကြီးရွယ်အိုများနှင့် အမှီအခိုကင်းသော နေထိုင်ရေးဌာန၊ ကျန်းမာရေးဌာန၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဌာန၊ စည်းကမ်းပြုပြင်မွမ်းမံရေးဌာနနှင့် ဗားမောင့်ကျန်းမာရေးလက်လှမ်းမီမှုဌာနတို့ ပါဝင်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏

ကန်ထရိုက်တာများနှင့် ထောက်ပံ့သူများတွင် မိဘ-ကလေးစင်တာများ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအတွက် နေထိုင်စင်တာများနှင့် အသိုင်းအဝိုင်း စိတ်ကျန်းမာရေးဌာနများကဲ့သို့သော ဗားမောင့်တစ်ဝှမ်းရှိ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ ပါဝင်သည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးသောအခါ သင့်အကြောင်း တစ်ဦးချင်း မည်သူမည်ဝါ ခဲ့ခြင်းနိုင်သော အချက်အလက် (အထောက်အထား အချက်အလက်) နှင့် တစ်ခါတစ်ရံတွင် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ရယူပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် HIPAA (“ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု စည်းမျဉ်း”) ဟု လူသိများသော ဖက်ဒရယ် ကျန်းမာရေးအာမခံ လွှဲပြောင်းနိုင်စွမ်းနှင့် တာဝန်ခံမှုအက်ဥပဒေ 1996 အပါအဝင် ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများအရ ဤအချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရန် လိုအပ်သည်။

ဤသတိပေးချက်တွင် သင်၏ အထောက်အထား နှင့်/သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ အသုံးပြုနိုင်ပုံ သို့မဟုတ် မျှဝေနိုင်ပုံနှင့် မည်သည့်အချိန်တွင် ထိုသို့ပြုလုပ်၍မရနိုင်သည်ကိုလည်း ဖော်ပြပေးထားပါသည်။ ၎င်းတွင် သင့်အခွင့်အရေးများအကြောင်းလည်း ဖော်ပြထားသည်။ ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အား ဤသတိပေးချက်ကို ပေးအပ်ရန် လိုအပ်သည်။ ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်တို့သည် လက်ရှိအကျိုးဝင်သော သတိပေးချက်ပါ စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာရန် လိုအပ်ပါသည်။

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များနှင့် စပ်လျဉ်း၍- ကျန်းမာရေး အချက်အလက်

1. AHS တွင် ကျွန်ုပ်တို့နှင့်ပတ်သက်သော

မည်သည့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ရှိသနည်း။

ကျွန်ုပ်တို့၏ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်လျှောက်ထားသည့်အခါ သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိသည့်အခါ သင်နှင့် အခြားသူများသည် သင့်ကျန်းမာရေးနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတွင် သင်၏ဆေးစစ်တမ်းများ၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်သည်။ ၎င်းတွင် ငွေရေးကြေးရေးနှင့် ကျသင့်ငွေ အချက်အလက်များလည်း ပါဝင်နိုင်သည်။

ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

2. AHS သည် မည်သည့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အသုံးပြုပြီး မျှဝေသနည်း။

ကျွန်ုပ်တို့၏ဝန်ထမ်းများ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ကန်ထရိုက်တာများက ၎င်းတို့၏အလုပ်များလုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို လိုအပ်သလောက် အနည်းအကျဉ်းသာ အသုံးပြုပြီး မျှဝေပါသည်။

3. AHS သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင် အသုံးပြု သို့မဟုတ် မျှဝေသနည်း။

ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ရေးဆွဲခြင်းနှင့် AHS စီမံခန့်ခွဲမှုတို့ ပါဝင်သည့် ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများအတွက် သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အသုံးပြုပြီး မျှဝေနိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် အောက်ပါအကြောင်းပြချက်များအတွက် သင့်အချက်အလက်များကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်-

- ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်ရန်
- တစ်ဦးချင်းအလိုက် ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ကုသမှုအစီအစဉ်များကို ဖန်တီးပြီး ပံ့ပိုးပေးရန်။
ဥပမာအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ကုသမှုအတွက် အစီအစဉ်တစ်ခုပြုလုပ်ပေးရန် သင့်အချက်အလက်များကို သူနာပြုများ၊ ဆရာဝန်များနှင့် သင့်အား ကုသပေးသော အခြားကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် မျှဝေနိုင်ပါသည်။
- ရက်ချိန်းများကို သင့်အား သတိပေးရန်။
- သင့် သို့မဟုတ် သင့်မိသားစုအတွက် အထောက်အကူဖြစ်စေမည့် အခြားဝန်ဆောင်မှု အထောက်အပံ့များ သို့မဟုတ် ကုသမှုများအကြောင်း သင့်အား ပြောပြရန်။
- သင့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရန်။
ဥပမာအားဖြင့် သင့်ဆရာဝန်က သူမကို ကျွန်ုပ်တို့က ငွေပေးချေနိုင်စေရန် သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

သင့်ဆရာဝန်ကို ကျွန်ုပ်တို့အစား ငွေပေးချေနိုင်စေရန်အတွက် သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ကန်ထရိုက်တာများနှင့်လည်း ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ လုပ်ငန်းလည်ပတ်မှုများ ဆောင်ရွက်ရန်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များကို စီမံခန့်ခွဲရန်၊ ဥပမာအားဖြင့် သင့်ကို စောင့်ရှောက်ပေးသောသူများသည် သင့်အား အရည်အသွေးမြင့် ဝန်ဆောင်မှုများပေးကာ ၎င်းတို့ကို ချက်ချင်းနှင့် မှန်ကန်စွာ ငွေပေးချေထားကြောင်း သေချာစေရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အသုံးပြုပြီး မျှဝေနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်လျော်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်ရရှိကြောင်း သေချာစေရန်နှင့် သင်ရရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ပိုမိုကောင်းမွန်စေရန်အတွက် သင့်အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး မျှဝေနိုင်ပါသည်။

4. ကျွန်ုပ်တို့၏ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ AHS က ကျွန်ုပ်တို့၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အသုံးပြုပြီး မျှဝေသည့် အခြားအချိန်များရှိပါသလား။

သင့်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကျွန်ုပ်တို့က အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး မျှဝေသည့် အချိန်အကန့်အသတ်ရှိပါသည်။ တစ်ခါတစ်ရံတွင် ဥပဒေက ကျွန်ုပ်တို့အား ထိုကဲ့သို့လုပ်ဆောင်ရန် ခွင့်ပြုထားသည် သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ထားသည်။

အောက်ဖော်ပြပါ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အကြောင်းရင်းများကြောင့် သင့်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ သင့်အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေနိုင်ပါသည်-

- သင့်စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်ပတ်သက်မှု သို့မဟုတ် သင့်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော မိသားစုဝင် သို့မဟုတ် သင်ရွေးချယ်သည့် အခြားသူတစ်ဦးနှင့်။
- သင့်မိသားစု သို့မဟုတ် သင့်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် တာဝန်ရှိသည့် အခြားသူတစ်ဦးကို သင့်တည်နေရာ၊ ရောဂါအခြေအနေ သို့မဟုတ် သေဆုံးမှုအတွက် အကြောင်းကြားရန်။
- လူတစ်ဦးသေဆုံးသည့်အခါ ၎င်းတို့၏တာဝန်များကို ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် အချက်အလက်လိုအပ်သော နာရေးစီစဉ်မှုဒါရိုက်တာ သို့မဟုတ် ဆေးစစ်သူထံ။

ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

- အလုပ်သမား လျော်ကြေး သို့မဟုတ် အခြားသော အလားတူ အစီအစဉ်များအတွက်။

အောက်ပါ အထူးအကြောင်းရင်းများအတွက် သင့်ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ သင့်အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေနိုင်သည်-

- ရောဂါကာကွယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်ခြင်း၊ ကုန်ပစ္စည်းပြန်အပ်ရာတွင် ကူညီပေးခြင်း၊ ဆေးဝါးများနှင့် ပြင်းထန်စွာ ဓာတ်မတည့်ခြင်း၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုများကို အစီရင်ခံခြင်းစသည့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်ချက်များအတွက်နှင့် မွေးဖွားခြင်းနှင့် သေဆုံးခြင်းကဲ့သို့ အရေးကြီးမှတ်တမ်းများကို သိမ်းဆည်းခြင်းအတွက်။
- တင်းကျပ်သော ဥပဒေ ကန့်သတ်ချက်များနှင့်အညီ သုတေသနပြုလုပ်ရန် ရည်ရွယ်ချက်အတွက်။
- ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း လူ့ဒဏ်ခံနိုင်ခြင်းနှင့် အစားထိုးကုသခြင်းအတွက် ပံ့ပိုးပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းများနှင့်။
- တရားရုံး သို့မဟုတ် အုပ်ချုပ်ရေးအမိန့်၊ ဆင့်ခေါ်စာ၊ ရာဇဝတ်မှု၊ ရှိမှု တောင်းဆိုချက် သို့မဟုတ် အခြားလုပ်ငန်းစဉ်ကို တုံ့ပြန်ရန်အလို့ငှာ။
- ဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အခါ ရဲအရာရှိတို့။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ အဆောက်အအုံဝင်းအတွင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ထမ်းများအား ကျူးလွန်သော ရာဇဝတ်မှုကို သတင်းပို့ရန်။
- အလွဲသုံးစားလုပ်မှု၊ လျစ်လျူရှုမှု သို့မဟုတ် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုများကို သက်ဆိုင်ရာအာဏာပိုင်အဖွဲ့ထံ တိုင်ကြားရန်။
- ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသည့်အခါ စစ်ဆေးခြင်းနှင့် စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်းကဲ့သို့သော လုပ်ဆောင်ချက်များအတွက် ကျန်းမာရေးကြီးကြပ်မှုအေဂျင်စီထံ။
- သင်သည် 33 VSA § 2092(c) အရ အချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ခြင်းမှ ကာကွယ်ထားသော ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ ကျန်းမာရေး အာမခံ အစီအစဉ်၏ လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းထားသူ မဟုတ်ပါက လိုက်နာမှု ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း သို့မဟုတ် တိုင်ကြားချက် စုံစမ်းစစ်ဆေးမှုအတွက် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများဌာနသို့။
- လူတစ်ဦး သို့မဟုတ် အများသူငှာ၏ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဘေးကင်းရေးကို ဆိုးရွားစွာ ခြိမ်းခြောက်မှုကို တားဆီးရန် သို့မဟုတ် ဥပဒေစိုးမိုးရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ဥပဒေစိုးမိုးရေးအရာရှိတစ်ဦးထံ။

- အစိုးရအရာရှိများကိုကာကွယ်ရန်၊ နိုင်ငံတော်လုံခြုံရေးအတွက်၊ စစ်ဘက်ရေးရာအတွက်ကဲ့သို့သော အထူးပြုအစိုးရလုပ်ငန်းတာဝန်များကို ထမ်းဆောင်ရန်နှင့် အချို့သောရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အကျဉ်းထောင်များထံသို့။
- ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော လုပ်ငန်းများအတွက် ကျန်းမာရေး ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲမှု အေဂျင်စီများနှင့်။
- အစိုးရအစီအစဉ်များနှင့် ဆက်စပ်၍ ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရန်၊ စီမံအုပ်ချုပ်ရန်နှင့် စီမံခန့်ခွဲရန်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အများပြည်သူ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပံ့ပိုးပေးသော အစိုးရအစီအစဉ်တစ်ခုအား စီမံခန့်ခွဲနေသည့် အေဂျင်စီနှင့်အတူ။

ဤသတိပေးချက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် အကြောင်းပြချက်များမှလွဲ၍ သို့မဟုတ် အခြားနည်းအားဖြင့် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသည်မှလွဲ၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ ခွင့်ပြုစာမရှိဘဲ သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် မျှဝေခြင်းမပြုပါ။

5. အခြားသူတစ်ဦးဦးသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို လိုအပ်ပါက မည်သို့လုပ်ဆောင်မည်နည်း။

သင့်အချက်အလက်များကို အခြားသူများထံ ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို သင်တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သို့မဟုတ် ထိုသို့လုပ်ဆောင်ရန် သင့်ခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုနိုင်သည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် မည်သည့်အချက်အလက်ကိုမျှ မမျှဝေမီ သင့်အား ခွင့်ပြုချက်ဖောင်ကို လက်မှတ်ထိုးနိုင်ပါသည်။ ခွင့်ပြုချက်ဖောင်တွင် မျှဝေမည့် အချက်အလက်၊ မျှဝေရသည့် ရည်ရွယ်ချက်များနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေမည့် ပုဂ္ဂိုလ်(များ)၏ အထောက်အထားကို ဖော်ပြပါမည်။ သင်၏ခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ပယ်ဖျက်နိုင်သည်။

6. ကျွန်ုပ်တို့၏စားဆောင်ရွက်ပေးမည့် တစ်စုံတစ်ဦးကို ရွေးချယ်နိုင်ပါသလား။

ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျုံးဝင်ပါသည်

အကယ်၍ သင်သည် တစ်စုံတစ်ဦးအား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ရှေ့နေလွှဲစာပေးထားပါက သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ဦးသည် သင့်တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ပါက ထိုသူသည် သင့်အခွင့်အရေးများကို ကျင့်သုံးပြီး သင့်ကျန်းမာရေး အချက်အလက်နှင့် ပတ်သက်၍ ရွေးချယ်မှုများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ထိုပုဂ္ဂိုလ်တွင် ဤလုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိပြီး ကျွန်ုပ်တို့မှ မည်သည့်အရေးယူဆောင်ရွက်ခြင်းမျှမပြုမီ ၎င်းက သင့်ကိုယ်စားဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ကြောင်း သေချာစစ်ဆေးပါမည်။

7. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ကြည့်နိုင်ပါသလား။

အခြေအနေအများစုတွင် သင်သည် သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ကြည့်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းကိုကြည့်ရန် သို့မဟုတ် ၎င်း၏မိတ္တူကိုရယူရန် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအရာရှိထံ စာဖြင့်ရေးသား၍ တောင်းဆိုရမည် (စာမျက်နှာ 3 ရှိ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များကို ကြည့်ပါ)။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အများအားဖြင့် သင့်တောင်းဆိုချိန်မှ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း သင့်ကျန်းမာရေးနှင့် တောင်းဆိုမှုမှတ်တမ်းများ၏ မိတ္တူ သို့မဟုတ် အကျဉ်းချုပ်တစ်စုံကို ပေးပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့က အီလက်ထရောနစ်စနစ်ဖြင့် ထိန်းသိမ်းထားသော အချက်အလက်များ၏ အီလက်ထရောနစ်ပုံစံ မိတ္တူများကိုလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဘေးကင်းရေး သို့မဟုတ် အခြားဥပဒေဆိုင်ရာ အကြောင်းပြချက်များသည် သင်တွေ့မြင်ရသည့် အချက်အလက်များကို ကန့်သတ်နိုင်ပါသည်။ မိတ္တူကူးခြင်းအတွက် သင့်လျော်သော ပမာဏတစ်ခုကို ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းခံနိုင်ပါသည်။

8. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို ပြောင်းလဲနိုင်ပါသလား။

သင့်မှတ်တမ်းရှိ သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်အချို့ မှားယွင်းနေသည်ဟု သင်ထင်ပါက ကျွန်ုပ်တို့အား ၎င်းကိုပြင်ပေးရန် သို့မဟုတ် အချက်အလက်အသစ်ထည့်ရန် စာဖြင့်ရေးသား၍ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ထံမှ သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို လက်ခံရရှိထားသည့် အခြားသူများထံ ပြင်ဆင်ထားသော အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် အချက်အလက်အသစ်များကို ပေးပို့ရန် သင့်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အမြင်တွင် အချက်အလက်သည် တိကျ၍ ပြည့်စုံနေပြီးဖြစ်ပါက သို့မဟုတ် အခြားအကြောင်းရင်းများကြောင့်

အပြောင်းအလဲများ သို့မဟုတ် ထပ်ထည့်မှုများ ပြုလုပ်မည်မဟုတ်ပါ။ သင့်အချက်အလက်များကို ပြောင်းလဲရန် ကျွန်ုပ်တို့သဘောမတူပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် အများအားဖြင့် ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း စာဖြင့်ရေးသား၍ သဘောမတူရသည့်အကြောင်းရင်းကို သင့်အား ပြောပြပါမည်။ သင်သည် သင့်အချက်အလက်ကို ပြောင်းလဲရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို တောင်းဆိုခဲ့ပြီး ၎င်းကို ပြောင်းလဲရန် ကျွန်ုပ်တို့သဘောမတူခဲ့ကြောင်းကိုလည်း သင့်မှတ်တမ်းတွင် မှတ်သားထားမည်ဖြစ်သည်။

9. AHS အား ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ၎င်းအသုံးပြုပုံနှင့် မျှဝေပုံတို့ကို ကန့်သတ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသလား။

သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အသုံးပြုပုံနှင့် မျှဝေပုံကို ကန့်သတ်ရန် သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို စာဖြင့်ရေးသားရမည်ဖြစ်ပြီး သင်အလိုရှိသည့်ကန့်သတ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရမည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံစဉ်းစားမည်ဖြစ်သော်လည်း ၎င်းကိုသဘောမတူရန် မလိုအပ်ပါ။

10. ကျွန်ုပ်တို့ လျှို့ဝှက်နည်းလမ်းဖြင့် ဆက်သွယ်ရန် AHS အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသလား။

သင့်ထံ သင့်လျော်သော အခြားနည်းလမ်းများဖြင့် သို့မဟုတ် အခြားနေရာတစ်ခုတွင် ဆက်သွယ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို စာဖြင့်ရေးသားထားရမည်ဖြစ်ပြီး သင့်အား မည်သည့်နေရာနှင့် မည်သို့ဆက်သွယ်သင့်သည်ကို ဖော်ပြရမည်။ သင့်တောင်းဆိုချက်ကို လေးစားလိုက်နာရန် ကျွန်ုပ်တို့ ကြိုးစားပါမည်။

သင့်အား အန္တရာယ်ကျရောက်စေမည့် အချက်အလက်ထုတ်ဖော်ခြင်းကို တားဆီးရန် အခြားနည်းလမ်းဖြင့် ဆက်သွယ်မှုကို လိုအပ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်တောင်းဆိုချက်ကို လေးစားလိုက်နာပါမည်။

ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

11. AHS က ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို တစ်စုံတစ်ဦးနှင့် မျှဝေသည့်အချိန်၏ စာရင်းကို ကျွန်ုပ် ရရှိနိုင်ပါသလား။

သင်တောင်းဆိုသည့်ရက်မတိုင်မီ ခြောက်နှစ်အကြာက ကျွန်ုပ်တို့က သင့်ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှုများ၊ ၎င်းကို ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေထားသည့်သူများနှင့် မျှဝေသည့် အကြောင်းရင်းဆိုင်ရာ စာရင်းကို သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု အရာရှိထံ စာဖြင့်ရေးသား၍ တောင်းဆိုရပါမည်။ သင့်အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ မျှဝေထားသော အခြေအနေတိုင်းကို စာရင်းပြုစုရန် ဥပဒေက ကျွန်ုပ်တို့အား မသတ်မှတ်ထားပါ။ ဥပမာအားဖြင့် AHS ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများအတွက် သို့မဟုတ် သင်လက်မှတ်ထိုးထားသော ခွင့်ပြုချက်နှင့်အညီ သင့်အချက်အလက်များကို မျှဝေသည့်အခါတွင် ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏အချက်အလက်များကို မျှဝေသည့်အချိန်များကို စာရင်းပြုစုရန်မလိုအပ်ပါ။

12. ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များတွင် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု သို့မဟုတ် လုံခြုံရေးဆိုင်ရာ ပေါက်ကြားမှုရှိလျှင် ကျွန်ုပ်ကို ပြောပြပါမည်လား။

သင့်ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ပေါက်ကြားမှု ရှိပါက သင့်ကို စာဖြင့်အကြောင်းကြားပါမည်။ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု သို့မဟုတ် လုံခြုံရေးကို ထိခိုက်စေသော နည်းလမ်းဖြင့် တစ်စုံတစ်ဦးက ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကြည့်ခြင်း၊ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းပြုသည့်အခါ ပေါက်ကြားမှု ဖြစ်ပေါ်ပါသည်။ AHS သည် အချက်အလက်များ လုံခြုံရေးထိခိုက်ခံရခြင်းရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု စည်းမျဉ်းတွင် ဖော်ပြထားသော အန္တရာယ်အကဲဖြတ်မှုအချက်များကို အသုံးပြုပါသည်။

13. AHS သည် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် မည်သည့်ဥပဒေများကို လိုက်နာသနည်း။

ကျွန်ုပ်တို့သည် HIPAA ဟုလူသိများသော 1996 ခုနှစ် ဖက်ဒရယ်ကျန်းမာရေးအာမခံ သယ်ဆောင်ရလွယ်ကူမှုနှင့် တာဝန်ခံမှုအက်ဥပဒေကို လိုက်နာပါသည်။ HIPAA ထက် သင့်အား ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ကာကွယ်မှုများပေးသည့် ဖက်ဒရယ် သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ဥပဒေများကိုလည်း ၎င်းတို့ သက်ရောက်သည့်အချိန်တိုင်း လိုက်နာပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် မူးယစ်ဆေးတလွဲသုံးစွဲမှု ကုသရေး အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သော ဖက်ဒရယ်လျှို့ဝှက်ရေးဥပဒေ၊ 42 CFR အပိုင်း 2၊ စိတ်ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများနှင့် ပတ်သက်သော ပြည်နယ်လျှို့ဝှက်ရေးဥပဒေများ၊ 18 VSA § 7103 နှင့် 33 VSA § 2092(c) တို့ကို လိုက်နာပါသည်။

14. ဤသတိပေးချက်၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်ရရှိနိုင်ပါသလား။

ဟုတ်ကဲ့၊ သင်သည် ဤသတိပေးချက်၏ မိတ္တူကို ရပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ စာရွက်မိတ္တူကို အချိန်မရွေး ကျွန်ုပ်တို့ထံ သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်ဖြစ်သည့်

www.humanservices.vermont.gov တွင် အီလက်ထရောနစ် ဗားရှင်း ရှိပါသည်။

။

15. AHS သည် ၎င်း၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များကို ပြောင်းလဲနိုင်ပါသလား။

ကျွန်ုပ်တို့တွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များနှင့် ဤသတိပေးချက်ကို ပြောင်းလဲပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ဆောင်ရွက်ချက်များတွင် ပြုလုပ်လိုက်သည့် ပြောင်းလဲမှုတိုင်းသည် ကျွန်ုပ်တို့တွင်ရှိပြီးသား သင့်အကြောင်း အချက်အလက်များနှင့်

နောင်တွင် ကျွန်ုပ်တို့လက်ခံရရှိမည့် အချက်အလက်များအပေါ် သက်ရောက်ပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သတိပေးချက်အသစ်တိုင်း၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက်ဖြစ်သည့်

www.humanservices.vermont.gov တွင် တင်ပေးထားပြီး ၎င်းကို သင့်ထံ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပေးပို့ပါမည်။

16. ဤသတိပေးချက်နှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တွင် မေးစရာများရှိပါက မည်သူ့ကို ဆက်သွယ်ရမလဲ။



ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ
ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်
 ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု အရာရှိထံ 802-241-0225 သို့ ဖုန်းဆက်၍ဖြစ်စေ၊
AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov သို့ အီးမေးလ်ပို့၍ဖြစ်စေ၊
 အောက်ပါအတိုင်း လိပ်စာပို့၍ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်ပါ-

AHS Privacy Officer
 c/o Agency of Human Services
 Office of the Secretary
 280 State Drive – Center Building
 Waterbury VT 05671-1000

17. ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအခွင့်အရေးများ
ချိုးဖောက်ခံရသည်ဟု ကျွန်ုပ် ယူဆပါက မည်သို့
တိုင်ကြားရမည်နည်း။

သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအရာရှိထံ စာဖြင့်ဖြစ်စေ၊
 ဖုန်းဖြင့်ဖြစ်စေ တိုင်ကြားနိုင်သည်။ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာရုံး၊
 DHHS၊ JFK Federal Building Room 1875၊ Boston MA 02203၊ 1-
 800-537-7697 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆို၍ဖြစ်စေ၊
<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>
 သို့ သွားရောက်၍ဖြစ်စေ တိုင်ကြားနိုင်သည်-

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များနှင့် စပ်လျဉ်း၍-
တစ်ဦးချင်း မည်သူမည်ဝါခဲ့ခြင်းနိုင်သော အချက်အလက်

ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ဆိုင်ရာ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များအပြင် AHS တွင် ကျွန်ုပ်တို့က အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို
 ပံ့ပိုးပေးသော တစ်ဦးချင်းစီကို ခွဲခြားဖော်ထုတ်သည့် အချက်အလက်များအား လျှို့ဝှက်ထားရှိခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော လမ်းညွှန်ချက်များ ရှိပါသည်။



ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက် ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

တစ်ဦးချင်း မည်သူမည်ဝါခဲ့ခြင်းနိုင်သော အချက်အလက်ဆိုသည်မှာ အဘယ်နည်း။

၎င်းသည် AHS မှ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရရှိသူတစ်ဦးတစ်ယောက်ကို ခွဲခြားဖော်ထုတ်သည့် သို့မဟုတ် ကျိုးကြောင်းဆီလျော်စွာ ခွဲခြားဖော်ထုတ်နိုင်သည့် AHS သို့မဟုတ် ၎င်း၏ ကန်ထရိုက်တာများ သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့သူများက ဖန်တီးထားသော သို့မဟုတ် လက်ခံရရှိသော အချက်အလက်များဖြစ်သည်။ အထောက်အထား အချက်အလက်များ၏ ဥပမာများမှာ-

- နာမည်
- လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်
- မွေးသက္ကရာဇ်
- လိပ်စာ
- ဖုန်းနံပါတ်

AHS သည် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကျွန်ုပ်၏ အထောက်အထား အချက်အလက်များကို မည်သည့်အချိန်တွင် မျှဝေ သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်သနည်း။

ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ခွင့်ပြုချက်မရှိဘဲ ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်ပိုင်အစီအစဉ်စီမံခန့်ခွဲရေးအတွက် သင်၏အထောက်အထား အချက်အလက်များကို မျှဝေနိုင် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ အစီအစဉ်စီမံခန့်ခွဲမှုဆိုသည်မှာ AHS ၏ လုပ်ငန်းဆောင်တာများကို ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သော လုပ်ဆောင်ချက်များကို ဆိုလိုပြီး ယင်းတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်သည်-

- AHS အတွင်းနှင့် ၎င်း၏ ကန်ထရိုက်တာများနှင့် ထောက်ပံ့သူများထံတွင် သင်လျှောက်ထားခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ခွဲခြားဖော်ထုတ်ခြင်းနှင့် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်းအပါအဝင် အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သင်လျှောက်ထားသော အကူအညီ၏ အကျိုးဝင်မှုနှင့် အတိုင်းအတာကို သတ်မှတ်ခြင်း။
- တစ်ဦးချင်းစီနှင့် မိသားစုများအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အကူအညီများကို အစီအစဉ်ဆွဲခြင်း၊ ပံ့ပိုးပေးခြင်း၊ စီစဉ်ပေးခြင်း၊ ငွေကြေးထောက်ပံ့ခြင်း သို့မဟုတ် ပေးချေခြင်း။
- အကျိုးခံစားခွင့်များကို ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း။
- လိမ်လည်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားမှုများကို ရှာဖွေဖော်ထုတ်ခြင်း။
- အရည်အသွေးထိန်းချုပ်ရေးနှင့် မြှင့်တင်ရေးလုပ်ငန်းများတွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ခြင်း။
- အရေးပေါ်တုံ့ပြန်ရေးနှင့် သဘာဝဘေးအန္တရာယ် ကယ်ဆယ်ရေး။
- ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်၏ လျှောက်ထားသူများ သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းထားသူများနှင့် စပ်လျဉ်းသော အချက်အလက်များကို အမေရိကန်အစိုးရနှင့် မျှဝေခြင်းမှ AHS ကို တားမြစ်ထားသည်မှလွဲ၍ ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေကို လိုက်နာခြင်း၊ အစီရင်ခံခြင်းနှင့် လိုအပ်ချက်များကို ငွေကြေးထောက်ပံ့ခြင်း။

ကျွန်ုပ်၏ အထောက်အထား အချက်အလက်များကို မမျှဝေမီ သို့မဟုတ် မထုတ်ဖော်မီ AHS သည် ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင် ရယူရန် လိုအပ်သနည်း။

အောက်ပါတို့အတွက် သင်၏ အထောက်အထား အချက်အလက်ကို မျှဝေရန် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ရန် သင်၏ ခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သည်-

- သင်လျှောက်ထားပြီးသော ဝန်ဆောင်မှုများမှလွဲ၍ အခြားဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင့်အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန်။



ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုများ အေဂျင်စီ

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များဆိုင်ရာ သတိပေးချက်

ဤသတိပေးချက်သည် ဇွန်လ 1 ရက်၊ 2022 ခုနှစ်တွင် အကျိုးဝင်ပါမည်

- ကျွန်ုပ်တို့နှင့် စာချုပ်မချုပ်ထားသော သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့က ခွင့်ပြုထားသော သင်၏ ပံ့ပိုးပေးသူများနှင့် သင့်ဝန်ဆောင်မှုများကို ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရန်။
- ၎င်းတို့၏ကျွမ်းကျင်မှုမှ အကျိုးရရှိရန်အတွက် AHS ပြင်ပမှ ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် တိုင်ပင်ရန်။
- သင်ရွေးချယ်ထားသည့် လူများနှင့် မျှဝေရန်။

အထက်ဖော်ပြပါ အခြေအနေများတွင် သင်ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက သင့်အတွက်ရရှိနိုင်မည့် ဝန်ဆောင်မှုများ၏ အရေအတွက်နှင့် အရည်အသွေး အပြည့်အစုံကို ကျွန်ုပ်တို့ ပံ့ပိုးမပေးနိုင်ပါ။

အသိအမှတ်ပြုလွှာ*

*တိုက်ရိုက်ကုသမှုပေးသူများသည် ဝန်ဆောင်မှုရယူသူများထံမှ ဤသတိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိကြောင်း စာဖြင့်ရေးသားထားသော အသိအမှတ်ပြုလွှာကို ရရှိရန် သဘောရိုးဖြင့် ကြိုးပမ်းအားထုတ်ရမည်။ အသိအမှတ်ပြုလွှာကို မရရှိနိုင်ပါက ပံ့ပိုးပေးသူသည် အသိအမှတ်ပြုလွှာရယူရန် သူ/သူမ၏ ကြိုးပမ်းအားထုတ်မှုနှင့် ၎င်းကို မရခဲ့သည့်အကြောင်းရင်းကို မှတ်တမ်းတင်ရပါမည်။

ဤသတိပေးချက်မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိကြောင်း ဤတွင် အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

ရက်စွဲ- _____

_____ (ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်)

_____ (ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်၏ ပုံနှိပ်အမည်)