

درخواستی عضویت You First

لطفاً این درخواستی را تکمیل کنید و دوباره برگردانید:
آدرس پستی: Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380
فکس: 802-657-4208

برای افراد ناشنوا و کم شنوا، لطفاً از 711 Vermont Relay Service استفاده کنید و شماره ما: 1-800-508-2222 را بدهید.
اگر کدام سوال دارید یا به خدمات ترجمه شفاهی نیاز دارید، با شماره 1-800-508-2222 تماس بگیرید. لطفاً زبان خود را بگوئید و شمارا با یک ترجمان شفاهی وصل می کنیم.

بخش 1: درباره شما

اسم:

تخلص:

نامی که می خواهید کارکنان You First استفاده کنند:

تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

☐ من نمبر بیمه اجتماعی ندارم

نمبر بیمه اجتماعی (XXX-XX-XXXX):

ضمایر: ☐ او زن/او را ☐ او مرد/او را ☐ آنها/ایشان ☐ دیگر (لطفاً مشخص کنید):

☐ من آدرس دایمی ندارم

آدرس سرک:

کود پستی:

ایالت:

شهر/شهرک:

آدرس پستی (اگر متفاوت از فوق باشد):

ایمیل آدرس:

شماره تلفون: _____ _____ - _____ □ موبایل □ کار □ خانه آیا گذاشتن پیام مشکل ندارد؟ □ بلی □	
ترجیح می‌دهید چگونه با شما تماس گرفته شود؟ □ پُست □ ایمیل □ تلفون	
آیا شما دارای اصلیت لاتین یا اسپانیایی هستید؟ □ بلی □ ترجیح می‌دهم جواب ندهم □	
با کدام نژاد یا نژادها شناسایی می‌شوید؟ (لطفاً تمام موارد قابل تطبیق را علامت بزنید) □ بومی، سرخپوست مریکایی یا بومی آلاسکا □ نمی‌دانم/مطمئن نیستم □ ترجیح می‌دهم جواب ندهم □ دیگر (لطفاً مشخص کنید): □ سفید پوست □ سیاه پوست یا امریکایی آفریقایی تبار □ آسیایی یا امریکایی آسیایی تبار □ بومی هاوایی یا جزایر اقیانوس آرام زبان مورد علاقه شما برای ارتباط کتبی و شفاهی چیست؟ □ نیپالی □ سومالیایی □ کیروندی □ دیگر (لطفاً مشخص کنید): □ انگلیسی □ اسپانیایی □ عربی □ فرانسوی	
آیا نیاز دارید که با ترجمان شفاهی بخاطر شما تماس بگیریم؟ □ بلی □ ترجیح می‌دهم جواب ندهم □	
بالاترین سطح تحصیلی که کسب کرده اید چیست؟ □ در سطح کالج □ فارغ کالج □ نمی‌دانم/مطمئن نیستم معادل آن □ ترجیح می‌دهم جواب ندهم □ کمتر از صنف 9ام □ در سطح لیسه عالی □ فارغ لیسه یا معادل آن آیا شما به عنوان یک LGBTQ+ شناخته می‌شوید؟ □ بلی □ (همجنس باز زن، همجنس باز مرد، دوجنس، ترانسجندر، دگرباش)	
آیا مشکل صحت فیزیکی، ذهنی، یادگیری یا عاطفی یا معلولیت دارید؟ □ بلی □ ترجیح می‌دهم جواب ندهم □	

برنامه You First معلومات شخصی در مورد نژاد، قومیت، تحصیلات، هویت جنسیتی، جنسیت، معلولیت و زبان ضرورت تا اطمینان حاصل شود که ما به همه ای ساکنان ورمونت که واجد شرایط برنامه می باشند دسترسی داشته باشیم. جواب های شما برای تیم ما در کار ما برای کاهش تفاوت های قابل پیشگیری در نتایج صحت بسیار مفید است، اما می توانید گزینه پاسخ "ترجیح می‌دهم جواب ندهم" را انتخاب کنید.

بخش 2: درآمد

مجموع درآمد خانواده قبل از وضع مالیات: \$

☐ هر سال ☐ هر ماه ☐ هر هفته ☐ هر دو هفته

تعداد مجموع افرادی که با این درآمد زندگی می کنند:

(بشمول خودتان، همسر/شریک زندگی، فرزندان یا دیگرانی که با این درآمد زندگی می کنند)

بخش 3: بیمه صحتی

آیا بیمه صحتی دارید؟

☐ بلی، من بیمه صحتی دارم.
☐ نخیر، من در حال حاضر بیمه صحتی ندارم.

اگر بلی، لطفاً ذیل را خانه پری کنید:

نام شرکت بیمه:	تاریخ شروع پوشش:
اسم دارنده بیمه نامه:	شماره بیمه نامه یا آی دی:
گروه یا شماره حساب:	

بخش 4: سوابق صحتی

آیا مشکل سینه یا مشکل دهانه رحم دارید یا داشتید؟

☐ بلی ☐ نخیر

آیا داکتر یا ارایه کننده مراقبت های صحتی دارید؟

☐ بلی ☐ نخیر

نام معاینه خانه:	اگر بلی:
موقعیت معاینه خانه (شهرک/شهر):	

اگر نخیر، آیا برای یافتن داکتر به کمک نیاز دارید؟

☐ بلی ☐ نخیر

Pap/HPV تست و شما ☐ هرگز تست Pap/HPV نداشتم ☐ من رحم خود را با عمل بر داشته ام

چه وقت بود؟

تاریخ:

☐ تاریخ دقیق اش را نمی دانم

موقعیت:

آیا نگرانی در مورد غیر نورمال دهانه رحم یا تست Pap یا HPV اخیر دارید؟

☐ بلی ☐ نخیر

آخرین ماموگرافی شما چه وقت بود؟ ☐ هرگز ماموگرافی نداشته ام ☐ من ماستکتومی (عملیات دورکردن سینه) داشته ام

تاریخ:

☐ تاریخ دقیق اش را نمی دانم

نام شفاخانه:

آیا اخیراً تغییری در پستان، نگرانی یا ماموگرافی غیر طبیعی دارید؟

☐ بلی ☐ نخیر

آیا از هر نوع محصولات تنباکو (مانند سگرت، سیگار یا محصولات کشیدن سگرت الکترونیکی) استفاده می کنید؟

☐ بلی ☐ نخیر
☐ ترجیح میدهم جواب ندهم

اگر بلی، آیا می توانیم شما را به 802Quits ارجاع دهیم؟
از طریق تلفون با شما تماس می گیرد و در صورت عدم دسترسی به شما یک پیام می گذارد.

☐ بلی ☐ نخیر

چگونه در مورد You First باخبر شدید؟

☐ داکتر، نرس، کلینیک (مشخص کنید):
☐ پوستر یا رساله
☐ فیسبوک یا شبکه های اجتماعی
☐ تلویزیون یا رادیو
☐ دیگر (مشخص کنید):

☐ من قبلاً عضو بودم
☐ از طریق دوست یا خویشاوند
☐ از طریق جستجوی آنلاین
☐ از طریق اعلانات آنلاین
☐ Pride Center of Vermont

بخش 5: رضایت عضو - حقوق و مسئولیت ها

با امضای این درخواستی، با ثبت نام در برنامه You First رضایت می‌دهم. من موافقت می‌کنم که درخواستی را با معلوماتی تکمیل کرده‌ام که تا آنجای که می‌دانم درست است. من به You First اجازه می‌دهم به معلومات صحت من دسترسی داشته باشد و آن را شریک سازد.

من به داکتر، کلینیک، شفاخانه، لابراتوار و برنامه‌های سبک زندگی خود اجازه می‌دهم معلومات ام را با برنامه You First شریک نمایند تا مطمئن شوند که مراقبت با کیفیت دریافت می‌کنم و بنابراین You First بتواند صورتحساب‌های صحتی واجد شرایط من را پرداخت نماید.

من به You First اجازه می‌دهم معلومات صحتی شخصی در مورد بررسی‌های سرطان سینه و دهانه رحم، بررسی‌های عوامل خطر مریضی قلبی، و مراقبت‌های تشخیصی و تداوی را با داکتر، نرس، شفاخانه، کلینیک‌ها و ارایه‌کنندگان مراقبت‌های صحتی که در تست‌ها و تداوی من دخیل اند شریک سازد.

You First توسط مرکز کنترل و پیشگیری از مریضی (CDC) تمویل می‌شود که معلوماتی را از You First در مورد چگونگی استفاده از این بودجه جمع‌آوری می‌کند. من به You First اجازه می‌دهم که معلومات شناسایی نشده من را با CDC شریک سازد. "شناسایی نشده" به این معنی است که ما با پنهان کردن یا حذف معلوماتی که به منتجد به شناسای نزد مردم می‌شود، از حریم خصوصی شما محافظت می‌کنیم.

من درک می‌کنم که وقتی در برنامه Vermont Department of Health's You First ثبت‌نام می‌کنم، به این برنامه اجازه می‌دهم معلومات مربوط به واجد شرایط بودن من را با سایر برنامه‌های اداره خدمات انسانی ایالت ورمونت (AHS) شریک سازد تا خدمات را هماهنگ کند.

معلومات صحتی شخصی من مطابق با شیوه‌های حریم خصوصی AHS و تمام قوانین قابل تطبیق مصون نگه داشته می‌شود. من یک کپی از اطلاعاتیه شیوه‌های حریم خصوصی AHS را دریافت کرده‌ام.

من درک می‌کنم که حق انصراف از برنامه You First را دارم. اگر دیگر نمی‌خواهم در برنامه ثبت نام کنم، به You First یک مکتوب ارسال می‌کنم یا تماس می‌گیرم تا بتوانم انصراف بدهم. لطفاً یک مکتوب به این آدرس ارسال کنید:

Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 یا به شماره 800-508-2222 هماهنگ‌کننده خدمات عضو به تماس شوید.

امضاء: _____ تاریخ: _____

لطفاً اطلاعاتیه شیوه‌های حریم خصوصی ضمیمه شده اداره خدمات انسانی را امضاء نموده و ارسال کنید.

امضای دیجیتالی پذیرفته نمی‌شود. اگر کدام سوال دارید با شماره 1-800-508-2222 با برنامه You First تماس بگیرید.

خدمات مترجم به صورت رایگان در دسترس است

اگر برای خواندن و درک این اعلان به مترجم یا خدمات دیگری نیاز دارید، لطفاً به ما بگویید.

Cette lettre est importante. Si vous ne la comprenez pas, apportez-la a votre bureau local pour recevoir de l'aide.

Esta carta es importante. Si no la entiende, llevala a su oficina local para solicitar ayuda.

Ovaj dopis je važan. Ukoliko je nerazumljiv za vas onda ga ponesite i obratite se lokalnoj kancelariji za pomoć.

Barua hii ni muhimu. Kama huiielewi, ichukue, uende nayo katika ofisi yako ya karibu kwa msaada zaidi.

Dokumentigan ama qoraalkan waa muhiim. Haddii aadan fahmin, waxaad u qaadaa xafiiskaaga degaanka si aad caawimaad u hesho.

ks nLrkost egUoiw.kZ NA ;fn rikAays ;lykA ; cq+uqHk,u Hkusj eirfks ykfx ;lykA vk¶lks LFKkuh; dk;kZy;ek fy,j tkuqgksl~A

Tpm&Gufpmwef;onf ta&=uD;ygongf? oifem;rvnfv#if/?oif.e,fajr&Hk;cef;odk@tulnD&&ef ,laqmifoGm;yg

این اعلان، نحوه افشا و استفاده از اطلاعات طبی و سایر اطلاعات قابل شناسایی فردی و نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را شرح می‌دهد. لطفاً با دقت بررسی کنید.

“ما” اداره خدمات انسانی (AHS) هستیم. AHS شامل اداره اطفال و خانواده‌ها؛ اداره معلولیت، سالمندی و زندگی مستقل؛ اداره صحت؛ اداره صحت روان؛ اداره اصلاحات؛ و اداره دسترسی به صحت ورمونت است.

شیوه‌های حفظ حریم خصوصی اطلاعات صحت:

صفحه 1-3

اقدامات عمومی در مورد اطلاعات قابل شناسایی فردی:

صفحه 4

قراردادی‌ها و صاحبان امتیاز ما شامل ارائه‌دهندگان خدمات در سراسر ورمونت هستند، مانند مراکز والدین و اطفال، مراکز روزانه بزرگسالان، و مراکز صحت روان اجتماعی.

هنگامی که ما خدمات صحتی و اجتماعی به شما ارائه می‌دهیم، اطلاعات قابل شناسایی فردی (اطلاعات شناسایی) و گاهی اوقات اطلاعات صحتی شما را دریافت می‌کنیم. قوانین فدرال و ایالتی ما را ملزم می‌کند که از این اطلاعات محافظت کنیم، از جمله قانون حمل و نقل و قانونی شدن بیمه صحت فدرال در سال 1996 که به عنوان HIPAA («قانون حفظ حریم خصوصی») شناخته می‌شود.

این اعلان به شما می‌گوید که ما چگونه می‌توانیم از اطلاعات شناسایی و/یا صحتی شما استفاده کنیم یا آنها را به اشتراک بگذاریم و چه زمانی اجازه این کار را نداریم. همچنین این اعلان در مورد حقوق شما برایتان توضیح می‌دهد. قانون ایجاب می‌کند که ما این اعلان را به شما بدهیم. قانون ما را ملزم می‌کند تا شرایط اعلان را، به نحوی که در حال حاضر در حال اجرا می‌باشد، رعایت کنیم.

اقدامات حفظ حریم خصوصی در رابطه با: اطلاعات صحتی

1. AHS چه اطلاعاتی درباره من دارد؟

شما و سایرین ممکن است هنگام درخواست یا دریافت خدمات ما، اطلاعاتی در مورد صحت و مراقبت‌های صحتی خود به ما بدهید. این اطلاعات می‌تواند شامل معلوماتی در مورد تشخیص، معلولیت یا تداوی شما باشد. همچنین ممکن است این معلومات، شامل اطلاعات مالی و بل‌ها نیز باشد.

2. AHS از کدام اطلاعات صحتی استفاده می‌کند و آنها را به اشتراک می‌گذارد؟

ما فقط از حداقل اطلاعات صحتی لازم که کارکنان یا قراردادی‌های ما برای انجام کارهای خود به آنها ضرورت دارند، استفاده می‌کنیم و به آنها را به اشتراک می‌گذاریم.

3. AHS چه زمانی از اطلاعات صحتی من استفاده می‌کند یا آنها را به اشتراک می‌گذارد؟

ممکن است ما برای تداوی، پرداخت یا عملیات مراقبت‌های صحتی که شامل برنامه‌ریزی خدمات و مدیریت AHS می‌شود، از اطلاعات صحتی شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذاریم. برای مثال، ممکن است از اطلاعات شما به دلایل زیر استفاده کنیم:

- برای تعیین صلاحیت شما برای دریافت خدمات یا مزایا
- برای ایجاد و ارائه خدمات یا پلان‌های تداوی فردی.
- به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات شما را برای تهیه پلان برای تداوی شما با نرس‌ها، داکترها و سایر کارکنان مراقبت‌های صحتی که شما را تداوی می‌کنند، به اشتراک بگذاریم.
- برای یادآوری قرار ملاقات‌ها.

- برای اطلاع از سایر خدمات یا تداوی‌های که ممکن است برای شما یا خانواده‌تان مفید باشد.
- برای پرداخت مصارف خدمات شما.
- به عنوان مثال، داکتر شما ممکن است اطلاعات صحتی شما را برای ما ارسال کند تا بتوانیم مصارف را به او را پرداخت کنیم.
- ما همچنین ممکن است اطلاعات صحتی شما را با قراردادی‌ها به اشتراک بگذاریم تا آنها بتوانند از طرف ما هزینه را به داکتر شما بپردازند.
- برای انجام عملیات و مدیریت پروگرام‌های ما به عنوان مثال، ممکن است ما از اطلاعات صحتی شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذاریم تا مطمئن شویم افرادی که از شما مراقبت می‌کنند خدمات باکیفیت ارائه می‌دهند و به سرعت و به درستی مصارف را دریافت می‌کنند. ما ممکن است از اطلاعات شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک بگذاریم تا مطمئن شویم که خدمات مناسبی دریافت می‌کنید و بتوانیم خدماتی را که دریافت می‌کنید، بهبود ببخشیم.

4. آیا مواقع دیگری وجود دارد که AHS بدون اجازه من از اطلاعات صحتی‌ام استفاده کند و آنها را به اشتراک بگذارد؟

ما در موارد بسیار محدودی، بدون اجازه شما از اطلاعات استفاده می‌کنیم و آنها را به اشتراک می‌گذاریم. گاهی اوقات قانون اجازه می‌دهد یا ما را ملزم به انجام این کار می‌کند.

به دلایل شخصی زیر ممکن است اطلاعات‌تان را بدون اجازه شما به اشتراک بگذاریم:

- با یکی از اعضای خانواده یا هر شخص دیگری که انتخاب می‌کنید، مربوط به مشارکت آنها در مراقبت یا پرداخت مصارف مراقبت شما.
- برای اطلاع خانواده یا شخص دیگری که مسئول مراقبت از مکان، وضعیت یا مرگ شماست.
- به مدیر تشییع جنازه یا داکتر قانونی که برای انجام وظایف خود در هنگام مرگ شخص، به اطلاعات نیاز دارد.
- برای جبران خساره کارگر یا سایر پروگرام‌های مشابه.

به دلایل ویژه زیر ممکن است اطلاعات‌تان را بدون اجازه شما به اشتراک بگذاریم:

- برای فعالیت‌های صحت عمومی مانند پیشگیری یا کنترل مریضی، کمک به بازگرداندن محصول، گزارش واکنش‌های نامطلوب به ادویه‌ها، آسیب یا ناتوانی و برای نگهداری از سوابق حیاتی مانند تولد و مرگ.
- برای اهداف تحقیقاتی، مشروط به محدودیت‌های قانونی شدید.
- با سازمان‌های که اهدای عضو و پیوند را انجام می‌دهند.
- در پاسخ به حکم محکمه یا حکم اداری، احضاریه، درخواست مقدمات محاکمه یا سایر اقدامات قضایی.

- به پولیس در صورت لزوم.
- برای گزارش جرمی که در محل ما یا علیه کارمندان ما انجام شده است.
- برای گزارش به مقامات مربوطه در مورد سوء استفاده، سهل‌انگاری، یا خشونت خانگی.
- به یک سازمان نظارت بر صحت برای فعالیت‌هایی که توسط قانون مجاز است، مانند بازرسی و تحقیقات.
- به وزارت صحت و خدمات انسانی ایالات متحده برای بررسی انطباق یا بررسی شکایت، مگر اینکه متقاضی یا ثبت نام کننده پلان بیمه صحت مهاجر باشید که اطلاعات آن طبق 33 VSA § 2092(c) در برابر افشا محافظت می‌شود.
- برای جلوگیری از تهدید جدی برای صحت یا ایمنی یک فرد یا مردم، یا برای یک افسر مجری قانون برای اهداف اجرای قانون.
- برای انجام وظایف تخصصی دولتی، مانند حفاظت از مقامات دولتی، برای حفظ امنیت ملی، برای امور نظامی، و برای اهداف معین به موسسات اصلاح و تربیت.
- با سازمان‌های نظارت بر صحت برای فعالیت‌های مجاز توسط قانون.
- با اداره دیگری که یک پروگرام دولتی را منحیث ارائه مزایای عمومی مدیریت می‌کند، برای تعیین واجد شرایط بودن، دریافت اطلاعات ثبت نام و هماهنگی، اجرا و مدیریت بهتر پروگرام‌های دولتی.

به جز دلایل ذکر شده در این اعلان، یا در صورتیکه توسط قانون اجازه داده شده باشد، ما از اطلاعات صحتی شما بدون مجوز کتبی‌تان استفاده نمی‌کنیم یا آنها را به اشتراک نمی‌گذاریم.

5. اگر شخص دیگری به اطلاعات صحتی من نیاز داشته باشد چه می‌شود؟

ممکن است شما بخواهید که اطلاعات‌تان را در اختیار دیگران قرار دهیم، یا ممکن است ما برای انجام این کار از شما اجازه بخواهیم. قبل از اینکه ما هر گونه اطلاعاتی را به اشتراک بگذاریم، از شما خواسته می‌شود یک فورمه مجوز را امضا کنید. فورمه مجوز به ما اطلاعاتی را که باید به اشتراک بگذاریم، اهداف اشتراک‌گذاری و هویت شخصی (اشخاصی) که اطلاعات را با آنها به اشتراک می‌گذاریم، مشخص می‌کند. در هر زمانی می‌توانید مجوز خود را لغو کنید.

6. آیا می‌توانم کسی را انتخاب کنم که از طرف من اقدام کند؟

اگر به شخصی وکالت نامه طبی داده‌اید یا اگر شخصی سرپرست قانونی شما باشد، وی می‌تواند حقوق شما را طلب کند و درباره اطلاعات صحتی شما تصمیم بگیرد. ما قبل از هر اقدامی مطمئن می‌شویم که آن شخص این اختیار را دارد و می‌تواند از طرف شما اقدام کند.

7. آیا می‌توانم اطلاعات صحی خود را ببینم؟

در بیشتر موارد، می‌توانید اطلاعات صحی خود را مشاهده کنید. شما باید به صورت کتبی از مسئول حریم خصوصی بخواهید که اطلاعات را مشاهده کند یا یک کاپی از آن را به شما بدهد (به اطلاعات تماس در صفحه 3 مراجعه کنید). ما معمولاً ظرف 30 روز پس از درخواست شما، یک کاپی یا خلاصه از سوابق صحی و مطالبات‌تان را به شما می‌دهیم. شما همچنین می‌توانید نسخه‌های الکترونیکی اطلاعاتی را که ما به صورت الکترونیکی نگهداری می‌کنیم درخواست کنید. به دلایل ایمنی یا سایر دلایل قانونی، ممکن است اطلاعات را با محدودیت ببینید. ممکن است ما در عوض ارائه کاپی، مبلغ معقولی از شما بگیریم.

8. آیا می‌توانم اطلاعات صحی خود را تغییر دهم؟

اگر فکر می‌کنید که برخی از اطلاعات صحی درج‌شده در سوابق شما نادرست است، می‌توانید کتباً بخواهید که آن را اصلاح کنیم یا اطلاعات جدیدی علاوه کنیم. همچنین شما می‌توانید درخواست کنید که ما اطلاعات اصلاح شده یا جدید را برای دیگرانی که اطلاعات صحی شما را از ما دریافت کرده‌اند، ارسال کنیم. ممکن است ما به این دلیل که اطلاعات از قبل دقیق و کامل است یا به دلایل دیگر، تغییرات را اعمال نکنیم یا اطلاعات بیشتر را علاوه نکنیم. اگر ما با تغییر دادن اطلاعات شما موافق نباشیم، معمولاً علت عدم موافقت را ظرف 60 روز به صورت کتبی به شما اعلام می‌کنیم. همچنین در سوابق شما یادداشت خواهیم کرد که شما از ما خواسته‌اید اطلاعات‌تان را تغییر دهید و ما با آن موافقت نکردیم.

9. آیا می‌توانم از AHS بخواهم نحوه استفاده و اشتراک گذاری اطلاعات صحی من را محدود کند؟

ممکن است شما بخواهید که نحوه استفاده و اشتراک گذاری اطلاعات صحی‌تان را محدود کنیم. درخواست شما باید کتبی باشد و باید به ما بگوید که چه محدودیت‌های مورد نظرتان است. ما درخواست شما را بررسی خواهیم کرد اما مستلزم به موافقت با آن نیستیم.

10. آیا می‌توانم درخواست کنم که AHS به طور محرمانه با من ارتباط برقرار کند؟

ممکن است از ما بخواهید که از طریق راه‌های جایگزین معقول یا در یک مکان جایگزین با شما ارتباط برقرار کنیم. درخواست شما باید کتبی باشد و باید به ما بگوید که کجا و چگونه می‌توانیم با شما تماس بگیریم. ما سعی می‌کنیم به درخواست شما احترام بگذاریم.

اگر به ما بگوید که برای جلوگیری از افشای اطلاعاتی که وضعیت شما را به خطر می‌اندازد به ارتباط جایگزین ضرورت دارید، ما به درخواست شما احترام می‌گذاریم.

11. آیا می‌توانم لیستی از زمانی که AHS اطلاعات صحی من را با کسی به اشتراک گذاشته است دریافت کنم؟

شما می‌توانید الی شش سال قبل از تاریخی که درخواست می‌کنید، از ما پرسان شوید که اطلاعات صحی شما را با چه کسی به اشتراک گذاشته‌ایم و دلیل آن چه بوده است. شما باید درخواست خود را به صورت کتبی به مسئول حریم خصوصی ارسال کنید. قانون ما را ملزم نمی‌کند که هر موقعیتی را که به طبع آن، اطلاعات شما را به اشتراک گذاشته‌ایم، لیست کنیم. برای مثال، ما مجبور نیستیم زمان‌هایی را که اطلاعات شما را برای تداوی AHS، پرداخت یا عملیات مراقبت صحی به اشتراک گذاشته‌ایم یا زمانی که اطلاعات شما را بر اساس مجوز امضا شده توسط شما به اشتراک گذاشته‌ایم، لیست بگیریم.

12. آیا در صورت نقض حریم خصوصی یا نقض امنیت اطلاعات صحی من، به من اطلاع داده می‌شود؟

در صورت نقض اطلاعات صحی‌تان، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. نقض زمانی رخ می‌دهد که شخصی به طور غیرمجاز اطلاعات صحی محافظت شده را می‌بیند، استفاده می‌کند یا افشا می‌کند به گونه‌ای که حریم خصوصی یا امنیت اطلاعات صحی را به خطر می‌اندازد. AHS برای تعیین اینکه آیا اطلاعات به خطر افتاده است یا نه، از عوامل ارزیابی ریسک که در قانون حفظ حریم خصوصی ذکر شده استفاده می‌کند.

13. AHS در مورد حریم خصوصی اطلاعات صحی من، از چه قوانینی پیروی می‌کند؟

ما از قانون حمل و نقل و مسئولیت پذیری بیمه صحی فدرال مصوب سال 1996، معروف به HIPAA، پیروی می‌کنیم. ما همچنین از قوانین فدرال یا ایالتی پیروی می‌کنیم که در صورت اجرا شدن، در مقایسه با HIPAA، از حریم خصوصی شما بیشتر محافظت می‌کند. به عنوان مثال، ما از قانون محرمانگی فدرال در مورد تداوی‌های سوء مصرف مواد، CFR 42 قسمت 2، و قوانین محرمانگی ایالتی در مورد سوابق صحت روان، 18 VSA § 7103 و 33 VSA § 2092(c) پیروی می‌کنیم.

14. آیا می‌توانم یک کاپی از این اعلان داشته باشم؟

بلی، شما حق دریافت یک کاپی از این اعلان را دارید. شما می‌توانید در هر زمان، یک کاپی کاغذی از ما بخواهید. نسخه الکترونیکی آن در وبسایت ما موجود است،
www.humanservices.vermont.gov

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

17. اگر به این باور باشیم که حقوق حریم خصوصی من نقض شده است چگونه می‌توانم شکایت کنم؟

می‌توانید به صورت کتبی یا تلفونی به مسؤول حفظ حریم خصوصی ما شکایت کنید. همچنین می‌توانید با شماره تلفون 1-800-537-7697 تماس بگیرید، به Office for Civil Rights, DHHS, JFK Federal Building Room 1875, Boston, MA 02203

شکایت بفرستید یا به این وبسایت مراجعه کنید:

<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

15. آیا AHS می‌تواند شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود را تغییر دهد؟

ما این حق را برای خود محفوظ می‌داریم که شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود و این اعلان را تغییر دهیم. هرگونه تغییر در شیوه‌های ما در مورد اطلاعاتی که از قبل در مورد شما داریم و اطلاعاتی که در آینده دریافت می‌کنیم اعمال می‌شود. ما یک نسخه از هر اعلان جدید را در وبسایت خود

www.humanservices.vermont.gov

قرار می‌دهیم و آن را ذریعه پوست در اختیار شما می‌گذاریم.

16. اگر در مورد این اعلان سوالی دارم یا چه کسی تماس بگیرم؟

لطفاً با مسؤول حفظ حریم خصوصی با شماره 802-241-0225

تماس بگیرید یا به این آدرس ایمیل بزنید:

AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov یا به این آدرس

مکتوب بفرستید:

اقدامات حفظ حریم خصوصی در رابطه با:

اطلاعات قابل شناسایی فردی

علاوه بر شیوه‌های حفظ حریم خصوصی اطلاعات صحت، AHS دستورالعمل‌هایی درباره محرمانگی اطلاعات دارد که اشخاصی که مزایا و خدمات ما را دریافت می‌کنند، شناسایی می‌کند.

اطلاعات قابل شناسایی فردی چیست؟

اطلاعات قابل شناسایی فردی معلوماتی است که توسط AHS یا قراردادی‌ها یا صاحبان امتیاز آن ایجاد یا دریافت شده و بواسطه آن، فرد دریافت‌کننده خدمات یا مزایا از AHS شناسایی می‌شود یا می‌تواند به طور منطقی شناسایی شود. نمونه‌هایی از اطلاعات قابل شناسایی عبارتند از:

- نام
- شماره تأمین اجتماعی
- تاریخ تولد
- آدرس
- شماره تلفن

چه زمانی AHS اطلاعات شناسایی من را بدون اجازه من به اشتراک می‌گذارد یا افشا می‌کند؟

ما ممکن است بدون اجازه شما اطلاعات شناسایی‌تان را برای مدیریت پروگرام خودمان به اشتراک بگذاریم یا افشا کنیم. مدیریت پروگرام به معنای فعالیت‌های ضروری برای اجرای عملیات AHS است و شامل موارد زیر می‌شود:

- تعیین صلاحیت و دامنه خدمات و کمک‌هایی که برای آنها درخواست کرده اید، از جمله شناسایی و هماهنگی این خدمات در داخل AHS و با قراردادی‌ها و صاحبان امتیاز آن.
- برنامه‌ریزی، تأمین، ترتیب، تهیه بودجه یا پرداخت مصارف خدمات و کمک به افراد و خانواده‌ها.
- هماهنگی مزایا.
- کشف تقلب و سوء استفاده.
- مشارکت در کنترل کیفیت و فعالیت‌های بهسازی.
- واکنش عاجل و امدادرسانی در بلایا.
- مطابقت با الزامات قانونی، گزارش دهی و بودجه ایالتی و فدرال، به استثنای اینکه AHS از به اشتراک گذاشتن هرگونه اطلاعات در مورد متقاضیان یا ثبت‌نام کنندگان پلان بیمه سلامت مهاجر با دولت ایالات متحده ممنوع است.

چه زمانی AHS قبل از به اشتراک گذاری یا افشای اطلاعات قابل شناسایی من، به اجازه من ضرورت دارد؟

برای به اشتراک گذاشتن یا افشای اطلاعات شناسایی شما به اجازه کتبی شما نیاز داریم تا:

- واجد شرایط بودن شما را برای دریافت خدماتی غیر از آنچه قبلاً برای آنها درخواست داده‌اید، در نظر بگیریم.
- با ارائه‌دهندگان شما که با ما قرارداد ندارد یا صاحب امتیاز نیستند، در مورد خدمات شما هماهنگی کنیم.
- با متخصصان خارج از AHS مشوره کنیم و از تخصص آنها بهره‌مند شویم.
- با افراد مورد نظر خودتان به اشتراک بگذاریم.

اگر اجازه به اشتراک گذاری یا افشای اطلاعات قابل شناسایی را در شرایط فوق ندهید، ممکن است ما نتوانیم خدمات را به درستی و با کیفیت در اختیار شما قرار دهیم.

تصدیق‌نامه*

*ارائه‌دهندگان مستقیم تعاونی باید با حسن نیت تلاش کنند تا تصدیق‌نامه کتبی شخص مبنی بر دریافت این اعلان را دریافت کنند. اگر تصدیق‌نامه قابل دریافت نباشد، ارائه‌دهنده باید کوشش کند آن را بدست بیاورد و یا دلیل عدم دریافت آن را مستند کند.

بدینوسیله تأیید می‌کنم که یک کپی از این اعلان را دریافت کرده‌ام.

تاریخ:

(امضای نماینده فردی یا شخصی)

(نام و تخلص نماینده فردی یا شخصی)