

د You First د غړیتوب غوښتنلیک

په مهرباني سره دغه غوښتنلیک بشپړ کړئ او بېرته یې راواستوئ
پوسټ: Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380
فکس: 802-657-4208

کانه او کم اوږدونکي کسان دې مهرباني وکړي د Vermont Relay خدمت 711 دې وکاروي او زموږ شمېره یعنې 1-800-508-2222 ورکړي.
که تاسو پوښتنې لرئ یا مو شفاهي ژباړې ته اړتیا وي، په مهرباني سره دغه 1-800-508-2222 شمېرې ته زنگ ووهئ. په مهرباني سره خپله ژبه
روښانه کړئ او موږ به له شفاهي ژباړن سره اړیکه ونیسو.

برخه 1: ستاسو په هکله

لومړۍ نوم:

تخلص:

هغه نوم چې تاسو غواړئ د You First کارکوونکي یې وکاروي:

د زیږون نېټه (کال/ورځ/میاشت):

☐ زه د ټولنیز امنیت شمېره نه لرم

د ټولنیز امنیت شمېره (XXX-XX-XXXX):

نومخړي: ☐ هغه/هغې ☐ هغه/هغه ته ☐ دوی/دوی ته ☐ نور (په مهرباني سره یې مشخص کړئ):

☐ زه اوسمهال دایمي پته نه لرم

د کوڅې پته:

زېږ کود:

ایالت:

ښار/ښارگوټی:

پوسټي پته (که له پورته څخه توپیر لري):

برېښنالیک پته:

د ټليفون شمېره:		☐ کور	☐ کاري	☐ گرځنده ټليفون
(____) - _____		ايا دا سمه ده چې يو پيغام پرېږدئ؟ ☐ هو ☐ نه		
له تاسو سره د اړيکي نيول کېدو کومه لاره غوره بولئ؟		☐ ټليفون	☐ برېښنالیک	☐ پوست
ايا تاسو د لاتيني يا هسپانوي رېښه ياست؟		☐ هو	☐ نه	☐ ځواب نه ورکول غوره کوم
تاسو په کوم نژاد يا نژاد پېژندل کېږئ؟ (په مهرباني سره ټول پلي کېدونکي موارد په نښه کړئ)				
☐ سپين ☐ تور او افریقایي امریکایی ☐ آسیا يا آسیایي امریکایی ☐ اصلي هاوایی يا د پاسفیک ټاپو اوسېدونکی ☐ ځایی، امریکایی هندي، يا د الاسکا اصلي ☐ نه پوهیږم/ډاډه نه يم ☐ ځواب نه ورکول غوره کوم ☐ نور (په مهرباني سره يې مشخص کړئ)				
د لیکلو او لفظي اړیکو لپاره ستاسو غوره ژبه کومه ده؟				
☐ انګلیسي ☐ هسپانوي ☐ عربي ☐ فرانسوي ☐ نیپالي ☐ سومالي ☐ کېروندی ☐ نور (په مهرباني سره يې مشخص کړئ)				
ايا تاسو اړتیا لرئ چې موږ له يو شفاهي ژباړن ته زنګ ووهو؟ ☐ هو ☐ نه				
د زده کړې لوړه کچه چې تاسو يې بشپړه کړې ده کومه ده؟				
☐ تر 9م ټولګي کمه ☐ يو څه عالي لېسي ☐ د عالي ښوونځي فارغ يا ورسره مساوي ☐ يو څه کالج ☐ د کالج فارغ ☐ نه پوهیږم/ډاډه نه يم چې مساوي ☐ ځواب نه ورکول غوره کوم				
ايا تاسو د LGBTQ+ شخص په توګه پېژندل کېږئ؟				
(بڅينه همجنس پال، نارینه همجنس پال، دوه جنسه، بدل ☐ هو ☐ نه ☐ ځواب نه ورکول غوره کوم شوی جنسیت، کویر)				
ايا تاسو فزیکي، رواني، د زده کړې يا احساساتي روغتيايي ستونزه يا معلولیت لرئ؟				
☐ هو ☐ نه ☐ ځواب نه ورکول غوره کوم				

You First پروګرام د نژاد، توکم، زده کړې، جنسیت، هویت، معلولیت، او ژبې په اړه د شخصي معلوماتو غوښتنه کوي څو ډاډمن شي چې موږ د **Vermont** د پروګرام پر شرایطو برابر ته رسېږو. ستاسو ځوابونه زموږ د تيم لپاره زموږ په کار کې خورا ګټور دي څو په روغتيايي پایلو کې د مخنيوي وړ توپيرونه راکم کړي، خو تاسو د "ځواب نه ورکول غوره کوم" اختیار هم انتخابولی شئ.

برخه 2: عايد

تر مالياتو مخکي د کورنۍ ټوليز عايد: \$

☐ هر کال ☐ هره مياشت ☐ هره اونۍ ☐ هره بله اونۍ

د ټولو هغو کسانو شمېر چې په عايد باندې ژوند کوي:

(په شمول خان، مېرمن يا خاوند\د ژوند ملګري، ماشومان يا هغه کسان پکې شامل کړئ چې په دغه عايد باندې ژوند کوي)

برخه 3: روغتيايي بيمه

ايا تاسو روغتيايي بيمه لرئ؟

☐ هو، زه روغتيايي بيمه لرم.
☐ نه، زه اوسمهال روغتيايي بيمه نه لرم.

که ځواب هو وي، په مهرباني سره لاندې برخې بشپړ کړئ:

د بيمې د کمپنۍ نوم:	د پوښتنې د پيل نېټه:
د پاليسۍ د ترلاسه کوونکي نوم:	د پاليسۍ يا ID شمېره:
د گروپ يا اکونټ شمېره:	

برخه 4: روغتيايي سابقه

ايا تاسو د سينې يا رحم (سرطان) لرئ يا مو درلودلى دى؟

☐ هو ☐ نه

ايا تاسو يو ډاکټر يا د روغتيايي پاملرنې چمتو کوونکى لرئ؟

☐ هو ☐ نه

که ځواب هو وي	د دفتر نوم:
	د دفتر موقعيت (ښار/ښارگوټی):

که ځواب نه وي، ايا د ډاکټر په موندلو کې مرستې ته اړتيا لرئ؟

☐ هو ☐ نه

کله ستاسو ورستى Pap يا HPV ټسټ ☐ هېڅکله مې Pap/HPV ټسټ نه دی کړی ☐ ما يو هيسټريکټومي (hysterectomy) درلوده

	و؟
نېټه: ☐ د نېټې په هکله ډاډه نه یم	
موقعیت:	
ایا تاسو د رحم کومې انډینې یا وروستي غیر معمولي Pap یا HPV ټسټونه لرئ؟ ☐ هو ☐ نه	
څه وخت ستاسو وروستي مموگرام (mammogram) و؟ ☐ هېڅکله کې مموگرام (mammogram) نه دی کړی ☐ مستکومی (mastectomy) مې درلوده	
نېټه: ☐ د نېټې په هکله ډاډه نه یم	
د روغتون نوم:	
ایا تاسو د سینې کوم ډول بدلونونه، انډینې یا وروستي غیر معمولي مموگرام (mammogram) لرئ؟ ☐ نه ☐ هو	
ایا تاسو د تنباکو کوم ډول محصولات (لکه سګرټ، سیګار یا د تبخیرېدونکي محصولات) کاروئ؟ ☐ نه ☐ هو	
ځواب نه ورکول غوره کوم	
که ځواب هو وي، ایا موږ ستاسو لپاره 802Quits ته مراجعه کولی شو؟ ☐ نه ☐ هو	
802Quits به له تاسو سره د تلیفون له لارې اړیکه ونیسي او یو پیغام به پرېږدي، که دوی تاسو ته ونه رسیږي.	
داکټر، نرس، کلینیک (مشخص یې کړئ): ☐ پوسټر یا بروشر ☐ فیسبوک یا ټولنیزې رسنۍ ☐ تلویزیون یا راډیو ☐ نور (مشخص یې کړئ) ☐	You First په هکله مو څنګه معلومات پیدا کړل؟ ☐ زه مخکې غږی وم ☐ د ملګري یا خپلوان له لوري ☐ د انلاین لټون له لاري ☐ د انلاین اعلانونو له لاري ☐ Pride Center of Vermont

برخه 5: د غړي رضایت - حقونه او مسوولیتونه

زه د دغه غوښتنلیک په لاسلیک کولو سره په You First پروګرام کې د ګډون لپاره رضایت ورکوم. زه موافق یم چې غوښتنلیک به هغو معلوماتو سره بشپړ کړی چې تر هغه پورې چې زه پوهیږم رېښتیا دي. زه You First ته اجازه ورکوم چې زما روغتيايي معلوماتو ته لاسرسی ومومي او شریک یې کړي.

زه خپل ډاکټر، کلینیک، روغتون، لابراتوار او د ژوند ژواک پروګرامونو ته اجازه ورکوم چې زما معلومات له You First پروګرام سره شریک کړي خو دوی پر دې ډاډمنېدی شي چې زه د کیفیت پاملرنې ترلاسه کوم او تاسو کولی شئ لومړی زما د وړ طبي بیلونو تادیه وکړئ.

زه You First ته اجازه ورکوم چې د سینې او رحم د سرطان د معاینو، د زړه د ناروغۍ د خطر فکتور د معاینې او د تشخیص او درملنې پاملرنې په اړه شخصي روغتيايي معلومات زما له ډاکټر، نرس، روغتون، کلینیکونو او د روغتيايي پاملرنې له هغو چمتو کوونکو سره شریک کړي چې زما په ټسټونو او درملنې کې ښکیل دي.

You First د ناروغیو کنټرول او مخنیوي مرکز (CDC) (Disease Control and Prevention) لخوا تمویلېږي چې له You First څخه د دغه تمویل د کارولو د څرنګوالي په هکله معلومات راټولوي. زه You First ته اجازه ورکوم چې زما پېژندل شوي معلومات له CDC سره شریک کړي. "نا پېژندل شوي" په دې معنا چې موږ به ستاسو محرمیت د معلوماتو په پټولو یا لرې کولو سره خوندي کړو چې خلکو ته ووايي چې تاسو څوک یاست.

زه پوهیږم چې کله د Vermont روغتيايي څانګه په You First پروګرام کې شامل شوم، نو پروګرام ته اجازه ورکوم چې پر شرایطو زما د برابروالي په اړه معلومات د Vermont د بشري خدمتونو ادارې (AHS) (Agency of Human Services) له پروګرامونو سره د خدمتونو د همغږي کولو لپاره شریک کړم.

زه شخصي روغتيايي معلومات به د AHS د محرمیت طرز العملونو او ټولو نافذه قوانینو سره سم خوندي وساتل شي. ما د AHS د محرمیت طرز العملونو خبرتیا یوه کاپي ترلاسه کړې.

زه پوهیږم چې حق لرم چېله You First پروګرام څخه د وتلو حق لرم. که زه نور نه غواړم په پروګرام کې شامل واوسم، نو You First ته به یو لیک واستوم یا ورته زنگ ووهم چې په دې ترتیب به وایستل شم. په مهرباني سره لیک دغه پټي ته واستوئ: Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 یا په دغه 800-508-2222 شمېره د خدمتونو له همغږي کوونکي سره اړیکه ونیسئ.

لاسلیک: _____ نېټه: _____

په مهرباني سره د بشري خدمتونو د ادارې (AHS) (Agency of Human Services) د محرمیت طرز العملونو ضمیمه شوې خبرتیا لاسلیک او وسپارئ.

برېښنایي لاسلیکونه نه منل کېږي. مهرباني وکړئ په 1-800-508-2222 کې د هرې پوښتنې لپاره له You First پروګرام سره اړیکه ونیسئ.

د ترجمانی وړیا خدمتونه د لاسرسي وړ دي

که چېرته تاسو د دې خبرتیا د لوستلو او پرې پوهېدلو لپاره ترجمان یا کوم بل څه ته اړتیا لرئ، نو په مهرباني سره موږ ته ووايست.

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 huielewi, 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 ;lykÅ cq+uqHk,u Hkus] eírdks ykfx ;lykÅ vk¶uks LFkkuh; dk;kZy;ek fy,j tkuqgksI~A

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

دغه خبرتیا څرگندوي چې روغتيايي معلومات او نور د شخصي هويت څرگندوونکي معلومات به څه ډول وکارول شي او خپاره شي او تاسو څه ډول کولای شئ دغه معلوماتو ته لاسرسي ولرئ. مهرباني وکړئ په دقت سره يې وگورئ.

د روغتيايي معلوماتو د محرمیت اقدامات:

پاڼې 1-3

د شخصي هويت څرگندوونکو معلوماتو په اړه عمومي اقدامات:

پاڼه 4

“موږ” د بشري خدمتونو اداره (AHS) يو. په AHS کې د ماشومانو او کورنيو ډيپارټمنټ؛ د معلوماتو ډيپارټمنټ؛ د لوړ عمر لرونکو او خپلواک ژوند؛ د روغتيا ډيپارټمنټ؛ د رواني روغتيا ډيپارټمنټ؛ د اصلاحاتو ډيپارټمنټ؛ او د وېرمونټ روغتيا ته د لاسرسي ډيپارټمنټ شاملېږي.

زموږ په قرارداديانو او تضمینونو کې په ټول وېرمونټ کې د خدمتونو عرضه کوونکي شامل دي، لکه د والدينو - ماشومانو مرکزونه، د لویانو د روحي مرکزونه او ټولنې د رواني روغتيا مرکزونه.

کله چې موږ تاسو ته روغتيايي او ټولنيز خدمتونه وړاندې کوو، موږ به ستاسو په اړه د شخصي هويت څرگندوونکي معلومات (د پېژندنې معلومات) او ځينې وخت روغتيايي معلومات ترلاسه کړو. د فدرال او ايالتي قوانينو او د روغتيايي بيمې د 1996 کال د لېږد او د خواب ويلو وړ قانون له مخې چې د HIPAA (“د محرمیت اصول”) په نامه هم يادېږي، موږ اړ يو چې دغه معلومات خوندي وساتو.

دغه خبرتیا تاسو ته وايي چې موږ ستاسو د شخصي هويت څرگندوونکي او/يا روغتيايي معلومات څه ډول کاروو يا يې شريکوو او کله به موږ دا کار ونکړو. دا تاسو ته ستاسو د حقونو په اړه معلومات درکوي. د قانون له مخې موږ بايد دغه خبرتیا تاسو ته درکړو. د قانون له مخې موږ اړ يو چې د خبرتیا هغه اصول تعقيب کړو چې د اوس لپاره پلي کېږي.

د محرمیت د اقداماتو اړوند:

روغتيايي معلومات

1. AHS زما په اړه څه ډول روغتيايي معلومات لري؟

تاسو چې کله زموږ خدمتونو ته نومليکنه کوئ يا يې ترلاسه کوئ، نو بڼايي تاسو او نور ستاسو د روغتيا او روغتيايي پاملرنې په اړه له موږ سره معلومات شريک کړي. په دې کې بڼايي ستاسو د تشخيص، معلوليت يا درملنې په اړه معلومات شامل وي. په دې کې بڼايي همدارنگه مالي او د بلونو معلومات شامل وي.

2. AHS کوم روغتيايي معلومات کاروي او شريکوي؟

موږ يوازې هغه روغتيايي معلومات کاروو او شريکوو يې چې زموږ کارکوونکي او قرارداديان د خپلو دندو په ترسره کولو کې ورته اړتيا لري.

3. AHS زما روغتيايي معلومات کله کاروي او شريکوي؟

موږ به ستاسو روغتيايي معلومات د درملنې، تاديبي يا د روغتيايي پاملرنې د عملياتو لپاره وکاروو چې په هغې کې د خدمتونو پلان کول او د AHS اداره کول شاملېږي.

د بېلګې په توګه موږ بڼايي ستاسو معلومات د لاندې دلایلو لپاره وکاروو:

- د دې لپاره چې د خدمتونو او ګټو لپاره ستاسو وړتيا تعين کړو
- د دې لپاره چې د خدمت يا درملنې لپاره انفرادي پلانونه جوړ کړو.

د بېلګې په توګه موږ به ستاسو د درملنې لپاره د پلان جوړولو په موخه ستاسو معلومات د نرسانو، ډاکټرانو او د روغتيا پالني له نورو هغو کارکوونکو سره شريک کړو چې ستاسو درملنه کوي.

- د دې لپاره چې تاسو ته د ليدنو په اړه خبر درکړو.
- د دې لپاره چې د خدمت د هغو نورو ملاتړونو يا درملنو په اړه تاسو ته معلومات درکړو چې ستاسو او يا ستاسو د کورنيو لپاره ګټور دي.

- له هغو بنسټونو سره چې د غړيو د ورکولو او نښلولو چارې ترسره کوي.
 - د يوې محکمې يا ادارې حکم، حضارې، د کشف د غوښتنې يا بلې پروسې په ځواب کې.
 - عوامو ته د قانون له غوښتنې سره سم.
 - د هغه جرم په اړه د راپور ورکولو لپاره چې زموږ په ځای کې او يا زموږ د کارکوونکو پر وړاندې ترسره شوی وي.
 - اړوندو چارواکو ته د ناوړه گټې اخيستنې، غفلت، يا کورني تاوريځوالي په اړه راپور رکول.
 - پر فعاليتونو له يوې ناظرې ادارې سره چې د قانون له مخې ورته اجازه وي لکه پلټنې او څېړنې.
 - د متحده ايالاتو د روغتيا او بشري سرچينو وزارت ته بيا کتنې د سمون او د شکايت د څېړلو لپاره، مگر دا چې تاسو د کډوالۍ د روغتيايي بيمې د پلان يو داسې متقاضي يا نوم ليکونکی ياست چې معلومات مو د (33 VSA § 2092(c)) له مخې له خپرېدا څخه خوندي دي.
 - د يوه شخص يا ټولو خلکو روغتيا يا خونديتوب ته له جدي گواښ څخه د مخنيوي لپاره، يا د قانون له پلي کوونکي افسر سره د قانون د پلي کولو په موخه.
 - د دې لپاره چې ځانگړي دولتي فعاليتونه ترسره شي، لکه د عامه چارواکو د ساتنې لپاره، د ملي امنيت لپاره، د پوځي چارو لپاره، او د ځانگړو موخو لپاره له اصلاحي ادارو سره.
 - له روغتيايي ناظرو ادارو سره د هغو فعاليتونو لپاره چې د قانون له مخې ور ته اجازه وي.
 - له بلې ادارې سره چې داسې دولتي پروگرام مدیریت کوي چې عامه گټې عرضه کوي، پر شرايطو برابروالي يا د نولمیکنې معلوماتو ته په کتو سره، او د دې لپاره چې اړوند دولتي پروگرامونه په سمه توگه همغږي، اداره او مدیریت کړي.
- له هغو دلايلو پرته چې په دې خبرتيا کې بيان شول، يا د دې برعکس د قانون له مخې ور ته اجازه ورکړل شوې وي، له دې پرته به موږ ستاسو روغتيايي معلومات ستاسو له ليکلي اجازې څخه پرته و نه کاروو او نه به يې شريک کړو.

5. که چېرته کوم بل څوک زما روغتيايي معلوماتو ته اړتيا ولري، نو څه به وشي؟

- ښايي تاسو غوښتنه وکړئ چې موږ ستاسو معلومات نورو ته ورکړو، يا موږ د دې کار لپاره له تاسو څخه اجازه وغواړو. مخکې له دې چې موږ ستاسو معلومات شريک کړو، له تاسو څخه به غوښتنه وکړو چې د اجازې يو ليکلی فورم لاسليک کړئ. د اجازې فورم موږ ته وايي چې کوم معلومات شريک کړو، د معلوماتو د شريکولو موخې او د هغه شخص يا اشخاصو هويت را ته څرگندوي چې معلومات ورسره شريکېږي. تاسو کولای شئ هر وخت خپله اجازه لغوه کړئ.

- د دې لپاره چې ستاسو د خدمتونو لپاره اداينه ترسره شي. د بېلگې په توگه، ستاسو ډاکټر ښايي موږ ته ستاسو روغتيايي معلومات را واستوي ترڅو موږ وکولای شو چې د هغې لپاره تاديه ترسره کړو.
- موږ به همدارنگه ستاسو روغتيايي معلومات له قرار داديانو سره شريک کړو ترڅو هغوی زموږ له لوري ستاسو ډاکټرانو ته تاديه ترسره کړي.
- د دې لپاره چې موږ خپل عمليات ترسره کړو او خپل پروگرامونه مدیریت کړو. د بېلگې په توگه موږ به ستاسو معلومات د دې لپاره وکاروو او شريک کړو ترڅو ډاډ ترلاسه کړو چې ستاسو پاملرونکي تاسو ته د لوړ کيفيت خدمتونه وړاندې کوي او ژر تر ژره او په سمه توگه ورته تادييات ترسره کېږي. موږ به ستاسو معلومات د دې لپاره وکاروو او شريک کړو ترڅو ډاډ ترلاسه کړو چې تاسو سم خدمتونه ترلاسه کوئ او د هغو خدمتونو کيفيت ښه کړو چې تاسو يې ترلاسه کوئ.

4. آيا نور داسې وختونه شته چې AHS زما له اجازې پرته زما روغتيايي معلومات پکې کاروي او شريکوي؟

- محدود وختونه دي چې موږ په هغې کې ستاسو معلومات ستاسو له اجازې پرته کاروو او شريک کوو. ځينې وخت قانون موږ ته اجازه راکوي يا موږ مکلفوي چې دا کار ترسره کړو.
- موږ ښايي ستاسو معلومات د لاندې شخصي دلايلو له مخې پرته ستاسو له اجازې شريک کړو:
- د کورنۍ له غړي يا هغه شخص سره چې تاسو يې ټاکئ، ستاسو په قضيه کې يا ستاسو د پاملرنې په تاديه کې د هغوی له ښکېلتيا سره اړوند.
 - د دې لپاره چې ستاسو د موقعيت، حالت يا مړينې په اړه ستاسو د کورنۍ غړي يا هغه شخص ته خبر ورکړو چې ستاسو د پاملرنې مسوول دی.
 - د جنازې يوه ډايرکټر يا طبي آزمېښت کوونکي ته کله چې هغوی د يوه شخص د مړينې پر مهال د خپلو دندو د ترسره کولو لپاره ور ته اړتيا لري.
 - د کارکوونکي د خسارې د جبران يا نورو ورته پروگرامونو لپاره.

موږ ښايي ستاسو معلومات د لاندې ځانگړو دلايلو له مخې پرته ستاسو له اجازې شريک کړو:

- د عامې روغتيا د فعاليتونو لپاره چې له مخې يې د ناروغيو د خپرېدو مخنيوی او کنټرول ترسره کېږي، د محصولاتو له را يادولو سره مرسته کوي، د درملو د جانبي عوارضو، ټپي کېدو يا معلوليت په اړه راپور ورکوي او د زېږون او مړينې په څېر حياتي سوابقو د ساتلو لپاره.
- د څېړنې په موخه، چې په شديدو حقوقي محدوديتونو پورې مشروط وي.

6. کولای شم یو څوک وټاکم چې زما په استازولۍ کار ترسره کړي؟

که چېرته تاسو کوم چا ته طبي وکالت لیک ورکړی وي، یا کوم څوک ستاسو حقوقي سرپرست وي، نوموړی شخص کولای شي ستاسو د حقونو تمثيل وکړي او ستاسو د معلوماتو په اړه انتخابونه وکړي. موږ به د اقدام کولو څخه مخکې داد حاصل کړو چې شخص دغه صلاحیت لري او کولای شي ستاسو په استازولۍ اقدام وکړي.

7. آیا زه کولای شم خپل روغتيايي معلومات وگورم؟

په ډېری مواردو کې تاسو کولای شئ خپل روغتيايي معلومات وگورئ. تاسو کولای شئ په لیکلې بڼه د محرمیت له مسئول څخه غوښتنه وکړئ چې معلومات مو وگورئ یا یې یوه کاپي ترلاسه کړئ (د اړیکې معلومات په 3 مخ کې وگورئ). موږ به ستاسو له غوښتنې څخه وروسته معمولاً د 30 ورځو په موده کې ستاسو د روغتیا او ادعاوو د سوابقو د خلاصې یوه کاپي تاسو ته درکړو. تاسو همدارنګه کولای شئ د هغو معلوماتو الکترونيکي کاپي ګانې هم وغواړئ چې موږ یې په الکترونيکي بڼه ساتو. د مصنویت او نور قانوني دلايل ښايي هغه معلومات محدود کړي چې تاسو یې گورئ. موږ به د کاپي کولو لپاره یو منطقي لګښت له تاسو وگرځوو.

8. آیا زه کولای شم خپل روغتيايي معلومات بدل کړم؟

که چېرته تاسو فکر کوئ چې ستاسو په سوابقو کې ځينې معلومات ناسم دي، نو کولای شئ په لیکلې بڼه غوښتنه وکړئ تر څو موږ دا معلومات سم کړو یا نوي معلومات اضافه کړو. تاسو کولای شئ له موږ څخه غوښتنه وکړئ تر څو نوي معلومات هغو نورو خلکو ته واستوو چې له موږ څخه یې ستاسو روغتيايي معلومات ترلاسه کړي وو.

که چېرته معلومات زموږ په نظر له وړاندې سم او بشپړ وي یا نور دلايل وي، نو موږ به په معلوماتو کې بدلون او اضافه والی را نه وړلو. که چېرته موږ ستاسو د معلوماتو له بدلولو سره موافقه ونکړو، موږ به تاسو ته د 60 ورځو په موده کې په لیکلې بڼه ووايو چې ولې موږ له دې کار سره موافق نه يو. موږ به همدارنګه ستاسو په سوابقو کې یادښت کړو چې تاسو له موږ څخه د خپلو معلوماتو د بدلون غوښتنه کړې ده او موږ له دې بدلون سره موافقه نه ده کړې.

9. ایا کولای شم له AHS څخه غوښتنه وکړم چې زما د روغتيايي معلوماتو کارول او شریکول محدود کړي؟

تاسو کولای شئ غوښتنه وکړئ چې موږ څه ډول ستاسو روغتيايي معلومات کاروو او شریکوو. ستاسو غوښتنه باید په لیکلې بڼه وي او موږ ته ووايست چې تاسو کوم محدودیتونه غواړئ. موږ به ستاسو پر غوښتنه غور وکړو، مګر اړ نه یو چې توافق ورسره وکړو.

10. آیا کولای شم غوښتنه وکړم چې AHS له ما سره په یوه محرمه طریقه اړیکې ونیسي؟

تاسو کولای شئ غوښتنه وکړئ چې موږ له تاسو سره په یوه منطقي بدیل طریقه یا کوم بدیل موقعیت کې خبرې اترې وکړو. ستاسو غوښتنه باید په لیکلې بڼه وي او موږ ته ووايو چې موږ باید له تاسو سره څه ډول اړیکه ټینګه کړو. موږ به هڅه وکړو چې ستاسو غوښتنې ته درناوی وکړو.

که چېرته تاسو موږ ته ووايو چې تاسو د اړیکو ټینګولو یوې بدیلې لارې ته اړتیا لرئ تر څو د معلوماتو له خپرېدو څخه مخنیوی وشي چې دا کار به تاسو له خطر سره مخ کړي، نو موږ به ستاسو غوښتنې ته درناوی وکړو.

11. آیا کولای شم د هغو وختونو د لېست غوښتنه وکړم چې کله AHS زما روغتيايي معلومات له نورو سره شریک کړي دي؟

تاسو کولای شئ د خپل درخواست له نېټې څخه شپږ کاله وړاندې له موږ څخه یو حساب وغواړئ چې ستاسو روغتيايي معلومات مو له چا سره شریک کړي او ولې مو شریک کړي دي. تاسو باید خپله غوښتنه د محرمیت مسئول ته په لیکلې بڼه وړاندې کړئ. د قانون له مخې موږ مکلف نه یو چې ټول هغه حالات ذکر کړو چې موږ پکې معلومات شریک کړي دي. د بېلګې په توګه موږ اړ نه یو چې هغه وختونه ذکر کړو چې ستاسو معلومات مو د AHS درملنې، تادیاتو یا د روغتيايي پاملرنې د عملیاتو لپاره شریک کړي دي یا مو ستاسو معلومات د هغه مجوز له مخې شریک کړي دي چې تاسو لاسلیک کړی دی.

12. که چېرته زما د روغتيايي معلوماتو له محرمیت یا خونديتوب څخه سرغړونه وشي، نو ایا ما ته به وویل شي؟

که چېرته ستاسو له روغتيايي معلوماتو څخه سرغړونه وشي، نو تاسو ته به په لیکلې بڼه خبر درکړو. سرغړونه هغه وخت کېږي چې کله یو څوک خوندي شوي معلومات له اجازې پرته په داسې بڼه وگوري، ويې کاروي یا یې له بل چا سره شریک کړي چې د روغتيايي معلوماتو محرمیت له خطر سره مخ کوي. AHS د خطر د ارزونې هغه فکتورونه کاروي چې د محرمیت په قانون کې ذکر شوي دي تر څو معلومه کړي چې ایا معلومات له خطر سره مخ شوي دي ګڼه.

13. AHS له کومو قوانینو څخه پیروي کوي چې زما د روغتيايي معلوماتو پر محرمیت پلي کېږي؟

موږ د 1996 کال د روغتيايي بیمې د لېږد او حساب ورکولو وړ قانون چې د HIPAA په نوم هم یادېږي تعقیبوو. موږ همداراز له هغه فدرالي یا ایالتي قوانینو څخه پیروي کوو چې د پلي کېدو په صورت کې تاسو ته له HIPAA څخه ډېر محرمیت درکوي. د بېلګې په توګه، موږ له موادو څخه د ناوړ ګټې اخیستنې د درملنې

د بشري خدماتو اېجنسي
د محرمیت د اقداماتو خبرتیا
دغه خبرتیا د 2022 کال د مې له 15 نېټې څخه د پلي کېدو وړ ده

د برېښنالیک له لارې له لاندې مراجعو سره اړیکه ټینګه کړئ: AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov یا د برېښنالیک له لارې له لاندې مراجعو سره اړیکه ټینګه کړئ:

د AHS د محرمیت مسئول
c/o د بشري خدماتو اېجنسي
د سکرتر دفتر

280 State Drive – Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. که چېرته زه پر دې باور شم چې زما د محرمیت له حق څخه سرغړونه شوې ده، نو څه ډول باید خپل شکایت ثبت کړم؟

تاسو کولای شئ په لیکلې بڼه یا د تلفون له لارې زموږ د محرمیت مسئول ته شکایت وکړئ. تاسو کولای شئ خپل شکایت د مدني حقونو له دفتر،

DHHS, JFK Federal Building Room 1875, Boston, MA 02203

سره د 1-800-537-7697 شمېرې یا لاندې وېب پاڼې ته د مراجعې له لارې ثبت کړئ:

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

د پروګرام په اړه د فدرال د محرمیت قانون 42 CFR د 2 برخې او د رواني روغتیا د سوابقو په اړه د ایالتی له محرمیت قوانینو 7103 VSA § 18 او 2092(c) VSA § 33 څخه پیروي کوو.

14. کولای شم د دې خبرتیا یوه کاپي ولرم؟

هو، تاسو حق لرئ چې د دې خبرتیا یوه کاپي درکړل شي. تاسو هر کله کولای شئ چې له موږ څخه د دې سند یوه کاپي وغواړئ. یوه الکترونیکي بڼه یې زموږ پر وېب سایټ موجوده ده،

www.humanservices.vermont.gov

15. ایا AHS کولای شي خپل د محرمیت اقدامات بدل کړي؟

موږ حق لرو چې په دې خبرتیا کې خپل د محرمیت اقدامات بدل کړو. زموږ په اقداماتو کې بدلونونه به ستاسو پر هغو معلوماتو هم پلي شي چې له موږ سره له مخکې نه موجود دي او په راتلونکي کې یې ترلاسه کوو. موږ به د نوي خبرتیا یوه کاپي پر خپله وېب پاڼه باندې خپره کړو، www.humanservices.vermont.gov او د برېښنالیک له لارې به یې تاسو ته در واستوو.

16. که چېرته زه د دې خبرتیا په اړه پوښتنې ولرم، نو له چا سره اړیکه ټینګه کړم؟

مهرباني وکړئ د محرمیت له مسئول سره د 802-241-0225 شمېرې یا د لاندې برېښنالیک له لارې اړیکه ټینګه کړئ:

د بشري خدماتو اېجنسي
د محرمیت د اقداماتو خبرتیا
دغه خبرتیا د 2022 کال د می له 15 نېټې څخه د پلي کېدو وړ ده

د محرمیت د اقداماتو اړوند:

په انفرادي ډول د تشخیص وړ معلومات

د روغتیايي معلوماتو د محرمیت پر اقداماتو سربېره، AHS د هغو معلوماتو د محرمیت په اړه طرز العملونه لري چې د هغو افرادو شخصي هویت ترې څرګندېږي چې موږ امتیازات او خدمتونه ورته وړاندې کوو.

د فردي هویت څرګندوونکي معلومات کوم دي؟

دغه معلومات د AHS یا د دې د قرارداديانو یا اعطا کوونکو له لوري را منځته شوي یا ترلاسه شوي دي او د هغه شخص هویت څرګندوي یا ښایي په منطقي توګه یې هویت څرګند کړي چې له AHS څخه خدمتونه او امتیازات ترلاسه کوي. د هویت څرګندوونکو معلوماتو بېلګې په لاندې ډول دي:

- نوم
- د ټولنیز امنیت شمېره
- د زیږون نېټه
- پته
- د تلفون شمېره

AHS زما د شخصي هویت څرګندوونکي معلومات څه وخت زما له اجازې پرته شریکوي یا یې افشا کوي؟

موږ ښایي ستاسو د شخصي هویت څرګندوونکي معلومات ستاسو له اجازې پرته زموږ د پروګرام د اداره کولو لپاره وکاروو. د پروګرام اداره کول د هغو فعالیتونو په معنا دي چې د AHS د عملیاتو په لار اچولو لپاره اړین دي او له لاندې مواردو څخه تشکیل شوي دي:

- د هغو خدمتونو او مرستې لپاره پر شرایطو د برابروالي او دامنې را منځته کول چې تاسو ورته نوم لیکنه کړئ ده، په AHS کې دننه او د دې له قرارداديانو او اعطا کوونکو سره د دې خدمتونو د پېژندلو او همغږي کولو په ګډون.
- د افرادو او کورنیو لپاره د خدمتونو او مرستې پلانونه، چمتو کول، ترتیبول، حمایت کول او د هغې لپاره تادیبه ترسره کول.
- د امتیازاتو همغږي کول.
- د درغلي او ناسمي ګټې اخیستنې موندل.
- د کیفیت د کنټرول او د بهبود په فعالیتونو کې ښکېل کېدل.
- د بهرني وضعیت ځواب او د کرکېچ مرسته.
- د فدرال او ایالتي قانوني، راپور ورکولو او د تمویل له اړتیاوو سره سم له AHS پرته د متحده ایالاتو له حکومت سره د کډوالۍ د روغتیايي بیمې پلان د غوښتونکو یا نوم لیکونکو په اړه د معلوماتو شریکول منع دي.

د شخصي هویت د څرګندوونکو معلومات له شریکولو او خپرولو څخه مخکې AHS کله زما اجازې ته اړتیا لري؟

موږ ستاسو د شخصي هویت د څرګندوونکو معلوماتو د شریکولو او خپرولو لپاره ستاسو لیکلي اجازې ته اړتیا لرو، تر څو:

- له هغو خدمتونو څخه پرته د نورو لپاره پر خپلې وړتیا غور وکړئ چې تاسو له وړاندې ورته نوم لیکنه کړي ده.
- له خپلو هغو چمتو کوونکو سره خپل خدمتونه همغږي کړئ چې له موږ سره هوکړه نلري او نه مرسته را کوي.
- له AHS څخه بهر له متخصصینو سره مشوره وکړئ تر څو د هغوی له تخصص څخه ګټه پورته کړئ.
- د خپلې خوښې وړ افرادو سره یې شریک کړئ.

که چېرته تاسو په پورته شرایطو کې اجازه ورنکړئ، نو موږ به ونکړای شو په بشپړ کیفیت او کمیت سره هغه خدمتونه تاسو ته چمتو کړو چې ښایي ستاسو لپاره د لاسرسي وړ دي.

تصدیق*

*د درملنې مستقیم چمتو کوونکي باید په ښه نیت سره هڅه وکړي تر څو د دې خبرتیا د ترلاسه کولو په اړه د افرادو لیکلي تصدیق واخلي. که چېرته تصدیق واخلئ، نو چمتو کوونکي باید دا مستند کړي یا د تصدیق د اخیستو لپاره خپلې کړې هڅې مستندي کړي او هغه دلیل روښانه کړي چې ولې یې تصدیق ترلاسه نکړای شو.

زه په دې توګه تصدیق کوم چې ما د دې خبرتیا یوه کاپي ترلاسه کړې ده.

لیکل شوی نېټه:

(د فردي یا شخصي استازي لاسلیک)

(د فردي یا شخصي استازي نوم)