

Đơn Xin Đăng kí Hội Viên You First

Vui lòng hoàn thành và gửi lại đơn này:

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

Fax: 802-657-4208

Đối với những người bị Khiếm Thính và khó nghe, vui lòng sử dụng Dịch Vụ Chuyển Tiếp Vermont 711 và cung cấp số điện thoại của chúng tôi: 1-800-508-2222.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần dịch vụ thông dịch, hãy gọi tới số 1-800-508-2222. Vui lòng nêu rõ ngôn ngữ của quý vị và chúng tôi sẽ kết nối quý vị với thông dịch viên.

Phần 1: Thông Tin về Quý Vị

Tên:

Họ:

Tên mà quý vị muốn nhân viên You First sử dụng:

Ngày sinh (tháng/ngày/năm):

Số An Sinh Xã Hội (XXX-XX-XXXX):

☐ Tôi không có số An Sinh Xã Hội

Danh xưng: ☐ cô ấy/bà ấy ☐ anh ấy/ông ấy ☐ họ ☐ khác (vui lòng nêu rõ):

Địa chỉ đường:

☐ Tôi hiện không có địa chỉ cố định

Thành Phố/Thị Trấn:

Tiểu Bang:

Mã Bưu Chính:

Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ ở trên):

Địa chỉ email:

Số điện thoại:

() -

☐ Nhà riêng ☐ Nơi làm việc ☐ Di động

Có thể để lại tin nhắn không?

☐ Có

☐ Không

Quý vị muốn liên lạc qua phương thức nào?

☐ Điện thoại ☐ Email ☐ Thư

Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh không?

☐ Có

☐ Không
lời

☐ Không muốn trả
lời

Chủng tộc hoặc những chủng tộc của quý vị?
(vui lòng chọn tất cả các câu trả lời phù hợp)

- ☐ Người Da Trắng
☐ Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi
☐ Người Châu Á hoặc Người Mỹ Gốc Á
☐ Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo
Thái Bình Dương

- ☐ Người Bản Địa, Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska
☐ Không biết/Không chắc
☐ Không muốn trả lời
☐ Khác (vui lòng nêu rõ):

Ngôn ngữ ưu tiên của quý vị để giao tiếp bằng văn bản và bằng lời nói là gì?

- ☐ Tiếng Anh
☐ Tiếng Tây Ban Nha
☐ Tiếng Ả Rập
☐ Tiếng Pháp

- ☐ Tiếng Nepal
☐ Tiếng Somali
☐ Tiếng Rundi
☐ Khác (vui lòng nêu rõ):

Quý vị có cần chúng tôi gọi cho quý vị với thông
dịch viên không?

☐ Có

☐ Không

Trình độ học vấn cao nhất mà quý vị đã hoàn
thành là gì?

- ☐ Dưới lớp 9
☐ Một vài lớp trung học phổ thông
☐ Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc
tương đương

- ☐ Một vài lớp cao đẳng/đại học
☐ Tốt nghiệp cao đẳng/đại học
☐ Không biết/Không chắc nếu tương đương
☐ Không muốn trả lời

Quý vị có xác định bản thân là LGBTQ+ không?

(đồng tính nữ, đồng tính nam, song tính, chuyển
giới, đa dạng tính dục)

☐ Có

☐ Không

☐ Không muốn trả lời

Quý vị có khuyết tật hoặc tình trạng về sức khỏe thể chất, tinh thần, học tập
hoặc cảm xúc không?

☐ Có

☐ Không

☐ Không muốn trả lời

Chương trình You First yêu cầu thông tin cá nhân về chủng tộc, dân tộc, giáo dục, bản dạng giới, giới tính, tình trạng khuyết tật và ngôn ngữ để đảm bảo chúng tôi tiếp cận với tất cả những cư dân Vermont đủ điều kiện tham gia chương trình. Câu trả lời của quý vị rất hữu ích cho nhóm của chúng tôi trong công việc nhằm giảm thiểu những khác biệt có thể ngăn ngừa được về kết quả sức khỏe, nhưng quý vị có thể chọn tùy chọn phản hồi 'không muốn trả lời'.

Phần 2: Thu Nhập

Tổng thu nhập hộ gia đình trước thuế: \$

☐ mỗi năm ☐ mỗi tháng ☐ mỗi tuần ☐ mỗi tuần khác

Tổng số người sống nhờ khoản thu nhập này:

(Bao gồm quý vị, vợ/chồng/bạn đời, con cái hoặc những người khác sống nhờ khoản thu nhập này)

Phần 3: Bảo Hiểm Y Tế

Quý vị có bảo hiểm y tế không?

- ☐ Có, tôi có bảo hiểm y tế.
☐ Không, hiện tại tôi KHÔNG có bảo hiểm y tế.

Nếu có, vui lòng điền vào bên dưới:

Tên của công ty bảo hiểm:	Ngày bắt đầu bảo hiểm:
Tên của chủ hợp đồng:	Số ID hoặc số hợp đồng:
Số nhóm hoặc số tài khoản:	

Phần 4: Tiền Sử Sức Khỏe

Quý vị có, hoặc đã từng có, bệnh về ngực hoặc cổ tử cung không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có:	Tên văn phòng: Địa điểm văn phòng (Thị Trấn/Thành Phố):
---------	--

Nếu không, quý vị có cần giúp tìm bác sĩ không? ☐ Có ☐ Không

Lần xét nghiệm Pap hoặc HPV cuối cùng của quý vị là khi nào?	☐ Chưa từng xét nghiệm Pap/HPV	☐ Tôi đã phẫu thuật cắt bỏ tử cung
Ngày: _____ Địa điểm: _____	☐ Không chắc ngày nào	
Quý vị có bất kỳ lo ngại nào về cổ tử cung hoặc xét nghiệm Pap hoặc HPV bất thường gần đây không?		
	☐ Có	☐ Không
Lần chụp quang tuyến vú cuối cùng của quý vị là khi nào?		
	☐ Chưa từng chụp quang tuyến vú	☐ Tôi đã phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú
Ngày: _____ Tên Bệnh Viện: _____	☐ Không chắc ngày nào	
Quý vị có bất kỳ thay đổi, lo ngại nào về ngực hoặc chụp quang tuyến vú bất thường gần đây không?		
	☐ Có	☐ Không
Quý vị có sử dụng bất kỳ loại sản phẩm thuốc lá nào (như thuốc lá điếu, xì gà hoặc các sản phẩm thuốc lá điện tử) không?		
	☐ Có	☐ Không ☐ Không muốn trả lời
Nếu có, chúng tôi có thể giới thiệu 802Quits cho quý vị không? 802Quits sẽ liên lạc với quý vị qua điện thoại và để lại tin nhắn nếu họ không liên lạc được với quý vị.		
	☐ Có	☐ Không
Quý vị biết đến You First như thế nào?		
☐ Tôi đã là hội viên trước đó ☐ Bạn bè hoặc người thân ☐ Tìm kiếm trực tuyến ☐ Quảng cáo trực tuyến ☐ Trung Tâm Pride tại Vermont	☐ Bác sĩ, y tá, phòng khám (nêu rõ): ☐ Áp phích hoặc tờ rơi ☐ Facebook hoặc mạng xã hội ☐ TV hoặc radio ☐ Khác (nêu rõ): _____	

Phần 5: Sự Đồng Ý của Hội Viên — Quyền và Trách Nhiệm

Bằng việc ký tên vào đơn này, tôi đồng ý ghi danh tham gia chương trình You First. Tôi đồng ý rằng tôi đã hoàn thành đơn đăng ký với thông tin đúng như những gì tôi biết. Tôi cho phép You First truy cập và chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi.

Tôi cho phép các chương trình bác sĩ, phòng khám, bệnh viện, phòng thí nghiệm và phong cách sống chia sẻ thông tin của tôi với Chương Trình You First, để họ có thể đảm bảo rằng tôi nhận được dịch vụ chăm sóc chất lượng và để You First có thể thanh toán các hóa đơn y tế đủ điều kiện của tôi.

Tôi cho phép You First chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân về sàng lọc ung thư vú và cổ tử cung, sàng lọc yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim, chẩn đoán và chăm sóc điều trị với bác sĩ, y tá, bệnh viện, phòng khám và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tham gia xét nghiệm và điều trị cho tôi.

You First được tài trợ bởi Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Dịch Bệnh (CDC), thu thập thông tin từ You First về cách sử dụng khoản tài trợ đó. Tôi cho phép You First chia sẻ thông tin định danh của tôi với CDC. “Định danh” có nghĩa là chúng tôi sẽ bảo vệ quyền riêng tư của quý vị bằng cách ẩn hoặc xóa thông tin có thể cho mọi người biết danh tính của quý vị.

Tôi hiểu rằng khi tôi ghi danh tham gia chương trình You First của Sở Y Tế Vermont, tôi cho phép chương trình chia sẻ thông tin về khả năng hội đủ điều kiện của tôi với các chương trình khác của Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh (AHS) Tiểu Bang Vermont để điều phối các dịch vụ.

Thông tin sức khỏe cá nhân của tôi sẽ được bảo mật theo Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của AHS và tất cả các luật hiện hành. Tôi đã nhận được bản sao Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của AHS.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi chương trình You First. Nếu tôi không muốn ghi danh tham gia chương trình, tôi sẽ gửi thư hoặc gọi cho You First để tôi có thể rút khỏi chương trình. Vui lòng gửi thư tới: Sở Y Tế Vermont, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 hoặc gọi cho Điều Phối Viên Dịch Hội Viên theo số 800-508-2222.

Chữ ký: _____ **Ngày:** _____

Vui lòng ký tên và gửi Thông Báo Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư đính kèm của Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh.

Chữ ký điện tử không được chấp nhận. Vui lòng liên hệ với chương trình You First nếu có bất kỳ câu hỏi nào theo số 1-800-508-2222.



Thông Báo Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2022

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THÔNG TIN Y TẾ VÀ THÔNG TIN ĐỊNH DANH CÁ NHÂN KHÁC VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CŨNG NHƯ CÁCH QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY. VUI LÒNG XEM XÉT CẨN THẬN.

"Chúng tôi" ở đây là Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh (AHS). AHS bao gồm Sở Trẻ Em và Gia Đình; Sở Khuyết Tật, Người Cao Tuổi và Sống Độc Lập; Sở Y Tế; Sở Sức Khỏe Tâm Thần; Sở Cải Huấn; và Sở Tiếp Cận Y Tế Vermont. Các nhà thầu và người nhận trợ cấp của chúng tôi bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ trên khắp Vermont, chẳng hạn như trung tâm phụ huynh-trẻ em, trung tâm chăm sóc dành cho người lớn và trung tâm sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Khi chúng tôi cung cấp cho quý vị các dịch vụ y tế và xã hội, chúng tôi sẽ thu thập thông tin có thể định danh cá nhân (thông tin định danh) và đôi khi là thông tin sức khỏe của quý vị. Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi bảo vệ thông tin này bao gồm Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế của liên bang năm 1996 được gọi là HIPAA ("Quy Tắc về Quyền Riêng Tư").

Thông báo này cho quý vị biết cách chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin định danh và/hoặc sức khỏe của quý vị và khi nào chúng tôi không được làm như vậy. Thông báo cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của mình. Luật yêu cầu chúng tôi cung cấp thông báo này cho quý vị. Luật yêu cầu chúng tôi tuân theo các điều khoản của thông báo hiện đang có hiệu lực.

CÓ SẴN DỊCH VỤ THÔNG DỊCH MIỄN PHÍ

Vui lòng cho chúng tôi biết nếu quý vị cần thông dịch viên hoặc phương thức hỗ trợ khác để đọc và hiểu thông báo này.

Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư về Thông Tin Sức Khỏe:

Trang 1-3

Phương Thức Chung Liên Quan Đến Thông Tin Có Thể Định Danh Cá Nhân:

Trang 4

PHƯƠNG THỨC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ LIÊN QUAN ĐẾN: THÔNG TIN SỨC KHỎE

1. AHS có những thông tin sức khỏe gì về tôi?

Quý vị và những người khác có thể cung cấp cho chúng tôi thông tin về sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi quý vị đăng ký hoặc nhận các dịch vụ của chúng tôi. Điều này có thể bao gồm thông tin về chẩn đoán, tình trạng khuyết tật hoặc điều trị của quý vị. Ngoài ra cũng có thể bao gồm các thông tin tài chính và hoá đơn.

2. AHS sử dụng và chia sẻ những thông tin sức khỏe nào?

Chúng tôi chỉ sử dụng và chia sẻ những thông tin sức khỏe tối thiểu cần thiết mà nhân viên hoặc nhà thầu của chúng tôi cần để thực hiện công việc của họ.

3. Khi nào AHS sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi?

Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe bao gồm lập kế hoạch dịch vụ và công việc hành chính của AHS.

Ví dụ, chúng tôi có thể sử dụng thông tin của quý vị vì những lý do sau:

- Để xác định tính đủ điều kiện của quý vị cho các dịch vụ hoặc phúc lợi
- Để tạo và cung cấp các kế hoạch điều trị hoặc dịch vụ cá nhân.
Ví dụ, chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị để lập kế hoạch điều trị với các y tá, bác sĩ và nhân viên chăm sóc sức khỏe khác điều trị cho quý vị.
- Để nhắc nhở các buổi thăm khám của quý vị.
- Để cho quý vị biết về các dịch vụ hỗ trợ hoặc điều trị khác có thể hữu ích cho quý vị hoặc gia đình.
- Để thanh toán cho các dịch vụ của quý vị.
Ví dụ, bác sĩ của quý vị có thể gửi cho chúng tôi thông tin sức khỏe để chúng tôi có thể thanh toán cho bác sĩ. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với các nhà thầu để họ có thể thanh toán cho bác sĩ của quý vị thay chúng tôi.
- Để thực hiện các hoạt động và quản lý các chương trình của chúng tôi. *Ví dụ, chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị để đảm bảo những người chăm sóc cho quý vị cung cấp các dịch vụ chất lượng cao và được thanh toán kịp thời, chính xác. Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để đảm bảo*

Thông Báo Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2022

Quý vị nhận được các dịch vụ phù hợp và để cải thiện các dịch vụ đó.

4. Có lần nào khác mà AHS sẽ sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi khi không có sự cho phép của tôi không?

Có những thời điểm giới hạn khi chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin mà không có sự cho phép của quý vị. Đôi khi luật pháp cho phép hoặc yêu cầu chúng tôi làm điều này.

Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin mà không cần sự cho phép của quý vị vì những lý do cá nhân sau:

- Với một thành viên trong gia đình hoặc bất kỳ người nào khác mà quý vị chọn, có liên quan đến việc họ tham gia chăm sóc hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị.
- Để thông báo cho gia đình quý vị hoặc người khác chịu trách nhiệm chăm sóc quý vị về địa điểm, tình trạng hoặc trường hợp từ vọng.
- Để giám đốc tang lễ hoặc giám định viên y tế, những người cần thông tin nhằm thực hiện nhiệm vụ của họ khi một người qua đời.
- Cho chương trình bồi thường cho người lao động hoặc các chương trình tương tự khác.

Chúng tôi có thể chia sẻ các thông tin mà không cần sự cho phép của quý vị vì những lý do đặc biệt sau:

- Cho các hoạt động y tế công cộng như ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, hỗ trợ thu hồi sản phẩm, báo cáo phản ứng xấu với thuốc, thương tích hoặc khuyết tật và để lưu giữ hồ sơ quan trọng về những giấy tờ như giấy chứng sinh và giấy báo tử.
- Cho mục đích nghiên cứu, tuân theo các hạn chế pháp lý nghiêm ngặt.
- Với các tổ chức cung cấp dịch vụ hiến tạng và cấy ghép nội tạng.
- Để thực hiện theo lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính, trát hầu tòa, yêu cầu khám phá hoặc quy trình khác.
- Để làm việc với cảnh sát khi luật pháp yêu cầu.
- Để báo cáo hành vi phạm tội tại cơ sở của chúng tôi hoặc chống lại nhân viên của chúng tôi.
- Để báo cáo lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình cho các cơ quan có thẩm quyền phù hợp.
- Để cơ quan giám sát y tế đối với các hoạt động khi được pháp luật cho phép như kiểm toán và điều tra.
- Để Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ xem xét việc tuân thủ hoặc điều tra khiếu nại trừ khi quý vị là người nộp đơn hoặc người ghi danh vào Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế dành cho Người Nhập Cư có thông tin được bảo vệ khỏi bị tiết lộ theo 33 VSA § 2092(c).
- Để tránh mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe hoặc sự an toàn của một người hoặc cộng đồng, hoặc nhân viên thực thi pháp luật vì mục đích thực thi pháp luật.

- Để thực hiện các chức năng chuyên biệt của chính phủ, chẳng hạn như bảo vệ các quan chức nhà nước, vì an ninh quốc gia, vì các vấn đề quân sự và các cơ sở cải huấn vì những mục đích nhất định.
- Với các cơ quan giám sát y tế đối với các hoạt động được pháp luật cho phép.
- Với một cơ quan khác quản lý chương trình của chính phủ cung cấp các phúc lợi công cộng, liên quan đến tính đủ điều kiện hoặc thông tin đăng ký và để điều phối, điều hành, quản lý tốt hơn các chương trình có liên quan của chính phủ.

Ngoại trừ những lý do được nêu trong thông báo này hoặc lý do khác được pháp luật cho phép, chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe mà không có sự cho phép bằng văn bản của quý vị.

5. Điều gì sẽ xảy ra nếu có người khác cần thông tin sức khỏe của tôi?

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp thông tin của quý vị cho người khác hoặc chúng tôi có thể xin phép quý vị để làm như vậy. Trước khi chúng tôi chia sẻ bất kỳ thông tin nào, quý vị sẽ phải ký vào biểu mẫu ủy quyền. Biểu mẫu ủy quyền cho chúng tôi biết những thông tin cần chia sẻ, mục đích chia sẻ và danh tính của (những) người mà chúng tôi sẽ chia sẻ. Quý vị có thể hủy ủy quyền của mình bất cứ lúc nào.

6. Tôi Có Thể Chọn ai đó để Hành Động thay tôi không?

Nếu quý vị đã ủy quyền y tế cho ai đó hoặc nếu ai đó là người giám hộ hợp pháp của quý vị, người đó có thể thực hiện các quyền của quý vị và đưa ra lựa chọn về thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi sẽ đảm bảo rằng người đó có thẩm quyền này và có thể hành động thay cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện bất kỳ hành động nào.

7. Tôi có thể xem thông tin sức khỏe của mình không?

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị có thể xem thông tin sức khỏe của mình. Quý vị nên yêu cầu Nhân Viên Quyền Riêng Tư, bằng văn bản, xem thông tin hoặc lấy một bản sao (xem thông tin liên hệ ở trang 3). Chúng tôi sẽ cung cấp một bản sao hoặc bản tóm tắt hồ sơ và yêu cầu thông tin sức khỏe của quý vị, thường là trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Quý vị cũng có thể yêu cầu các bản sao điện tử của thông tin mà chúng tôi lưu giữ dưới dạng điện tử. Lý do an toàn hoặc pháp lý khác có thể hạn chế thông tin mà quý vị được xem.

Chúng tôi có thể tính phí hợp lý cho các bản sao.

8. Tôi có thể thay đổi thông tin sức khỏe của mình không?

Nếu quý vị nghĩ rằng một số thông tin sức khỏe trong hồ sơ chưa chính xác, quý vị có thể yêu cầu bằng văn bản cho chúng tôi để sửa thông tin đó hoặc thêm thông tin mới. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi gửi thông tin đã sửa hoặc thông tin mới cho những người khác đã nhận được thông tin sức khỏe của quý vị từ chúng tôi.

Thông Báo Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2022

Chúng tôi có thể không thực hiện các thay đổi hoặc bổ sung nếu theo quan điểm của chúng tôi, thông tin đó đã chính xác và đầy đủ hoặc vì các lý do khác. Nếu chúng tôi không đồng ý thay đổi thông tin, chúng tôi sẽ cho quý vị biết, bằng văn bản, thường là trong vòng 60 ngày, lý do tại sao chúng tôi không đồng ý. Chúng tôi cũng sẽ ghi chú trong hồ sơ rằng quý vị đã yêu cầu chúng tôi thay đổi thông tin và chúng tôi không đồng ý thay đổi thông tin đó.

9. Tôi có thể yêu cầu AHS hạn chế cách sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi không?

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hạn chế cách chúng tôi sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị. Yêu cầu của quý vị phải gửi bằng văn bản và cho chúng tôi biết quý vị muốn hạn chế điều gì. Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu của quý vị nhưng không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu đó.

10. Tôi có thể yêu cầu AHS liên lạc với tôi một cách bí mật không?

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi liên lạc với quý vị bằng các phương thức thay thế phù hợp hoặc tại một địa điểm thay thế. Yêu cầu của quý vị phải gửi bằng văn bản và cho chúng tôi biết địa điểm, cách thức mà chúng tôi nên liên hệ với quý vị. Chúng tôi sẽ cố gắng đáp ứng yêu cầu của quý vị.

Nếu quý vị cho chúng tôi biết rằng quý vị cần thông tin liên lạc thay thế để ngăn chặn việc tiết lộ thông tin có thể khiến quý vị gặp nguy hiểm, chúng tôi sẽ đáp ứng yêu cầu này.

11. Tôi có thể nhận được danh sách những thời điểm AHS đã chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người khác không?

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi giải thích về việc chúng tôi tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị trong 6 năm trước ngày yêu cầu, gồm chúng tôi đã chia sẻ thông tin đó với ai và lý do chia sẻ. Quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản cho Nhân Viên Quyền Riêng Tư. Luật pháp không yêu cầu chúng tôi liệt kê mọi tình huống mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin của quý vị. Ví dụ, chúng tôi không phải liệt kê những lần chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe của AHS hoặc khi chúng tôi chia sẻ thông tin theo ủy quyền có chữ ký của quý vị.

12. Tôi có được thông báo nếu xảy ra vi phạm quyền riêng tư hoặc bảo mật thông tin sức khỏe của tôi không?

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản nếu xảy ra vi phạm về thông tin sức khỏe của quý vị. Vi phạm xảy ra khi ai đó xem, sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ một cách trái phép theo cách làm tổn hại đến quyền riêng tư hoặc tính bảo mật của thông tin sức khỏe đó. AHS sẽ sử dụng các yếu tố đánh giá rủi ro được quy định trong Quy Tắc Quyền Riêng Tư để xác định xem thông tin có bị xâm phạm hay không.

13. AHS tuân theo những luật nào áp dụng cho việc bảo mật thông tin sức khỏe của tôi?

Chúng tôi tuân theo Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế của liên bang năm 1996, được gọi là HIPAA. Chúng tôi cũng tuân theo bất kỳ luật liên bang hoặc tiểu bang nào cung cấp cho quý vị các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư ngoài HIPAA, bất cứ khi nào áp dụng các biện pháp đó. Ví dụ, chúng tôi tuân theo luật bảo mật liên bang liên quan đến các chương trình điều trị lạm dụng chất gây nghiện, 42 CFR Phần 2, luật bảo mật của tiểu bang liên quan đến hồ sơ sức khỏe tâm thần, 18 VSA § 7103 và 33 VSA § 2092(c).

14. Tôi có thể nhận bản sao của thông báo này không?

Có, quý vị có quyền nhận bản sao của thông báo này. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp bản sao bằng giấy bất cứ lúc nào. Phiên bản điện tử có trên trang web của chúng tôi, www.humanservices.vermont.gov

15. AHS có thể thay đổi các phương thức bảo vệ quyền riêng tư không?

Chúng tôi bảo lưu quyền thay đổi các phương thức bảo vệ quyền riêng tư và thông báo này. Bất kỳ thay đổi nào trong phương thức của chúng tôi sẽ áp dụng cho thông tin về quý vị mà chúng tôi đã có và thông tin mà chúng tôi nhận được trong tương lai. Chúng tôi sẽ đăng bản sao của các thông báo mới trên trang web, www.humanservices.vermont.gov, và gửi cho quý vị qua thư.

16. Tôi cần liên hệ với ai nếu có thắc mắc về thông báo này?

Vui lòng liên hệ với Nhân Viên Quyền Riêng Tư bằng cái gọi tới số 802- 241-0225, bằng email tại địa chỉ: AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov, hoặc gửi thư tại:

Nhân Viên Quyền Riêng Tư AHS
c/o Văn Phòng Thư Ký tại Cơ Quan
Dịch Vụ Nhân Sinh
280 State Drive – Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. Làm cách nào để khiếu nại nếu tôi tin rằng quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm?

Quý vị có thể khiếu nại với Nhân Viên Quyền Riêng Tư của chúng tôi bằng văn bản hoặc qua điện thoại. Quý vị cũng có thể khiếu nại với Văn Phòng Dân Quyền, DHHS, JFK Federal Building Phòng 1875, Boston, MA 02203, bằng cách gọi tới số 1-800-537-7697 hoặc truy cập: <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>



Thông Báo Phương Thức Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Cơ Quan Dịch Vụ Nhân Sinh

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 6 năm 2022

PHƯƠNG THỨC BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ LIÊN QUAN ĐẾN: THÔNG TIN ĐỊNH DANH CÁ NHÂN

Ngoài các phương thức bảo vệ quyền riêng tư về thông tin sức khỏe, AHS có các nguyên tắc liên quan đến bảo mật thông tin xác định các cá nhân mà chúng tôi cung cấp phúc lợi và dịch vụ.

Thông tin định danh cá nhân là gì?

Đây là những thông tin được tạo hoặc tiếp nhận bởi AHS hoặc những người liên hệ hoặc người nhận trợ cấp của AHS để xác định hoặc có thể xác định một cách hợp lý, cá nhân nhận dịch vụ hoặc phúc lợi từ AHS. Các ví dụ về thông tin định danh:

- Tên
- Số an sinh xã hội
- Ngày sinh
- Địa chỉ
- Số điện thoại

Khi nào AHS có thể chia sẻ hoặc tiết lộ thông tin định danh của tôi mà không có sự cho phép của tôi?

Chúng tôi có thể chia sẻ hoặc tiết lộ thông tin định danh của quý vị để quản lý chương trình của riêng chúng tôi mà không cần có sự cho phép của quý vị. Quản lý chương trình có nghĩa là các hoạt động cần thiết để thực hiện các hoạt động của AHS và trong đó bao gồm các hoạt động sau:

- Thiết lập tính đủ điều kiện và phạm vi của các dịch vụ, hỗ trợ mà quý vị đã đăng ký, bao gồm cả việc xác định và điều phối các dịch vụ này trong AHS cũng như với các nhà thầu và người nhận trợ cấp từ AHS.
- Lập kế hoạch, cung cấp, sắp xếp, tài trợ hoặc thanh toán cho các dịch vụ và hỗ trợ cho các cá nhân, gia đình.
- Điều phối các phúc lợi.
- Phát hiện hành vi lừa đảo và lạm dụng.
- Tham gia vào các hoạt động kiểm soát và cải thiện chất lượng.
- Ứng phó khẩn cấp và cứu trợ thiên tai.
- Tuân thủ các yêu cầu pháp lý, báo cáo và tài trợ của liên bang, tiểu bang trừ khi AHS bị cấm chia sẻ bất kỳ thông tin nào liên quan đến người đăng ký hoặc người ghi danh Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế dành cho Người Nhập Cư với chính phủ Hoa Kỳ.

Khi nào AHS cần có sự cho phép của tôi trước khi chia sẻ hoặc tiết lộ thông tin định danh cá nhân?

Chúng tôi cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị để chia sẻ hoặc tiết lộ thông tin định danh để:

- Xem xét tính đủ điều kiện của quý vị đối với các dịch vụ khác với những dịch vụ mà quý vị đã đăng ký.
- Điều phối các dịch vụ với các nhà cung cấp của quý vị, những người không có hợp đồng hoặc nhận trợ cấp từ chúng tôi.
- Tham khảo ý kiến của các chuyên gia bên ngoài AHS để thu được lợi ích từ kiến thức chuyên môn của họ.
- Chia sẻ với những người mà quý vị lựa chọn.

Nếu quý vị không cho phép trong các trường hợp trên, chúng tôi không thể cung cấp đầy đủ số lượng và chất lượng dịch vụ có thể có cho quý vị.

Xác Nhận*

*Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị Trực Tiếp sẽ nỗ lực một cách thiện chí để có được xác nhận bằng văn bản của cá nhân về việc nhận được thông báo này. Nếu không nhận được xác nhận, nhà cung cấp phải ghi lại những nỗ lực của mình để tiếp nhận xác nhận và lý do tại sao không nhận được.

Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của thông báo này.

Ngày: _____

(Chữ ký của cá nhân hoặc người đại diện cho cá nhân đó)

(Tên Viết Hoa của cá nhân hoặc người đại diện cho cá nhân đó)