

OVO OBAVJEŠTENJE OPISUJE KAKO MEDICINSKE INFORMACIJE KAO I DRUGE INFORMACIJE KOJE MOGU LIČNO DA IDENTIFIKUJU POJEDINCA MOGU BITI UPOTRIJEBLJENE I OBJAVLJENE, TE KAKO IM MOŽETE PRISTUPITI. MOLIMO DA GA PAŽLJIVO PREGLEDATE.

DOSTUPNE SU BESPLATNE USLUGE PREVODIOCA

Molimo da nas obavijestite ukoliko vam je potreban prevodilac ili neka druga vrsta pomoći da biste pročitali i razumjeli ovo obavještenje.

Prakse privatnosti u vezi zdravstvenih informacija:

Stranice 1-3

Opšte prakse u vezi informacija koje mogu lično da identifikuju pojedinca:

Stranica 4

“Mi” smo Agencija za humane usluge (AHS). AHS uključuje Odjeljenje za djecu i porodice; Odjeljenje za invalide; Odjeljenje za starije osobe i one koji žive sami; Odjeljenje za zdravlje; Odjeljenje za mentalno zdravlje; Kazneno – popravno odjeljenje i Kancelariju za pristup zdravstvu u Vermontu. Među našim izvođačima i korisnicima subvencija širom Vermonta nalaze se i dobavljači usluga

kao što su Centri za roditelje i djecu, Centri za odrasle i Centri za mentalno zdravlje.

Kad vam pružamo zdravstvene i socijalne usluge, dobićemo informacije koje mogu lično da vas identifikuju (identifikacione informacije), a ponekad i informacije o vašem zdravstvenom stanju. Federalni i državni zakoni od nas zahtijevaju da te informacije štitimo, uključujući i federalni Zakon o prenosivosti zdravstvenog osiguranja i odgovornosti iz 1996, poznat kao HIPAA („Pravilo privatnosti“).

Ovim obavještenjem informišemo vas o tome na koji način možemo da koristimo ili dijelimo informacije koje mogu da vas identifikuju i/ili zdravstvene informacije, kao i kada ne smijemo da to činimo. Obavještenje vas takođe upozna s vašim pravima. Zakon zahtijeva da vam uručimo ovo obavještenje. Zakon zahtijeva da se pridržavamo odredbi iz Obavještenja koje su trenutno na snazi.

PRAKSE PRIVATNOSTI U VEZI: ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA

1. Koje zdravstvene informacije AHS ima o meni?

Vi i druge osobe nam možete dati informacije o vašem zdravlju i zdravstvenoj njezi kad se prijavite ili primete naše usluge. Ovo može da uključuje informacije o vašoj dijagnozi, invalidnosti ili liječenju. Ovo može da uključuje i finansijske informacije, te informacije o fakturisanju.

2. Koje zdravstvene informacije AHS koristi i dijeli?

Koristimo i dijelimo samo minimalno neophodne zdravstvene informacije koje su potrebne našem osoblju ili našim izvođačima da izvršavaju svoje poslove.

3. Kad AHS koristi ili dijeli moje zdravstvene informacije?

Možemo da koristimo i dijelimo vaše zdravstvene informacije za liječenje, plaćanje ili operacije zdravstvene njege koje uključuju usluge planiranja i upravljanje od strane AHS-a. Na primjer, možemo da koristimo vaše informacije iz sljedećih razloga:

- da bismo utvrdili ispunjavate li uslove za usluge i pogodnosti
- da bismo izradili i pružili individualizirane planove za usluge ili liječenje.
Na primjer, možemo da dijelimo vaše informacije da bismo izradili plan liječenja za vas s medicinskim sestrama, doktorima i drugim zdravstvenim radnicima koji vas liječe.
- Da vas podsjetimo na vaše zakazane termine.
- Da vam saopštimo informacije o drugim uslugama podrške ili liječenjima koja mogu biti od pomoći za vas ili vašu porodicu.
- Da vam platimo za vaše usluge.
Na primjer, vaš doktor može da nam pošalje vaše zdravstvene informacije da bismo joj mogli platiti. Takođe, možemo da dijelimo vaše zdravstvene informacije s izvođačima tako da oni mogu da plate vašem doktoru za nas.

Agencija za humane usluge Obavještenje o praksama privatnosti

Ovo obavještenje stupa na snagu 1. juna 2022.

- Da bismo izvršili naše operacije i upravljali našim programima. *Na primjer, možemo da koristimo i dijelimo vaše zdravstvene informacije da bismo osigurali da vam ljudi koji vas njeguju pružaju visokokvalitetne usluge i da budu plaćeni brzo i uredno. Možemo da koristimo i dijelimo vaše zdravstvene informacije da bismo bili sigurni da dobijate prave usluge i da bismo poboljšali usluge koje dobijate.*

4. Da li AHS u nekim drugim prilikama koristi i dijeli moje zdravstvene informacije bez mog odobrenja?

Postoje ograničene prilike kad koristimo i dijelimo informacije bez vašeg odobrenja. Ponekad nam zakon dozvoljava ili od nas zahtijeva da tako postupimo.

Možemo da dijelimo vaše zdravstvene informacije bez vašeg odobrenja iz sljedećih ličnih razloga:

- s članom porodice ili nekom drugom osobom koju izaberete, a koje informacije su relevantne za njihovu uključenost u vašu njegu ili plaćanje za vašu njegu.
- Da obavijestimo vašu porodicu ili drugo lice odgovorno za vašu njegu o vašoj lokaciji, stanju ili smrti.
- U komunikaciji s pogrebnikom ili medicinskim vještakom kojima trebaju informacije da bi obavili svoj dio posla u slučaju smrti lica.
- U vezi s naknadom za radnike ili sličnim programima.

Možemo da dijelimo vaše zdravstvene informacije bez vašeg odobrenja iz sljedećih posebnih razloga:

- Radi javnih zdravstvenih aktivnosti kao što su prevencija ili kontrolisanje bolesti, pomoć s opozivom proizvoda, prijavljivanje neželjenih reakcija na lijekove, invaliditet ili povrede, kao i radi vođenja matičnih podataka u vezi s rođenjem i smrti.
- Za potrebe istraživanja, pod strogim zakonskim ograničenjima.
- S organizacijama koje prikupljaju organe za donaciju i transplantaciju.
- Kao odgovor na sudsko ili administrativno rješenje, sudski poziv, nalog za istragu i u drugim procesima.
- Policiji, kad to zahtijeva zakon.
- Da bismo prijavili krivično djelo počinjeno na našoj lokaciji ili nad nekim od naših radnika.
- Da bismo prijavili zlostavljanje, nebrigu ili nasilje u porodici odgovarajućim nadležnim službama.
- Agenciji za zdravstveni nadzor za aktivnosti koje su zakonom odobrene, kao što su revizije i istrage.
- Odjeljenju za zdravstvo i humane usluge Sjedinjenih Država zbog pregleda usklađenosti ili istragu pritužbi, osim ako niste podnosilac ili upisano lice u Plan zdravstvenog osiguranja za imigrante, čije su informacije zaštićene od otkrivanja prema 33 VSA § 2092(c).
- Da bi se spriječila ozbiljna opasnost po zdravlje i ličnu ili javnu bezbjednost ili službeniku za sprovođenje zakona u svrhu sprovođenja zakona.

Da bi se obavljale specijalne funkcije vlade, kao što je zaštita javnih zvaničnika, u vezi s nacionalnom sigurnošću, vojnim pitanjima i u vezi s određenim svrhama kazneno-popravnih institucija.

- Kod agencije za zdravstveni nadzor za aktivnosti koje su zakonom odobrene.
- Kod druge agencije koja izvršava program vlade koji obezbjeđuje javne pogodnosti vezano za informacije o ispunjavanju uslova ili učlanjenje i bolju koordinaciju, sprovođenje i upravljanje državnim programima.

Osim iz razloga navedenih u ovom obavještenju, ili na drugi način dozvoljen zakonom, nećemo koristiti niti dijeliti vaše zdravstvene podatke bez vašeg pismenog odobrenja.

5. Šta ako su nekom drugom potrebne moje zdravstvene informacije?

Možete da zatražite od nas da damo vaše informacije nekim drugim osobama ili mi možemo da zatražimo od vas dopuštenje da tako postupimo. Prije nego što podijelimo vaše informacije, od vas ćemo zatražiti da potpišete obrazac saglasnosti. Obrazac saglasnosti sadrži informacije koje možemo da dijelimo, razlog za dijeljenje i identitet osobe(a) s kojom dijelimo informacije. Možete odlučiti da povučete svoju saglasnost u bilo kojem momentu.

6. Mogu li ja da biram nekoga da djeluje u moje ime?

Ako ste nekom dali medicinsku punomoć ili ako je neko vaš zakonski staratelj, ta osoba može da ostvari vaša prava i odlučuje o vašim zdravstvenim informacijama. Provjerićemo da li to lice ima te ovlasti i da li može djelovati u vaše ime prije nego što sprovedemo bilo koju radnju.

7. Da li ja mogu vidjeti svoje zdravstvene informacije?

U većini slučajeva, možete da vidite svoje zdravstvene informacije. Morate podnijeti pismeni zahtjev da biste vidjeli ili dobili kopiju svojih informacija službeniku za privatnost (vidi kontakt informacije na strani 3). Mi ćemo vam dati kopiju ili skraćeni sadržaj vaših zdravstvenih evidencija i evidencija o naknadama, obično u roku od 30 dana od vašeg zahtjeva. Možete da zatražite i elektronske kopije informacija koje čuvamo u elektronskom obliku. Iz razloga bezbjednosti ili drugih zakonskih ograničenja, možemo da ograničimo informacije koje možete vidjeti. Takođe možemo da vam naplatimo razumnu cijenu za kopiranje dokumenata.

8. Da li mogu da promijenim svoje zdravstvene informacije?

Ako smatrate da su neke vaše zdravstvene informacije u vašoj evidenciji pogrešne, možete da zatražite u pismenoj formi da ispravimo informacije ili dodamo nove informacije. Takođe možete da zatražite da te ispravljene ili nove

Agencija za humane usluge Obavještenje o praksama privatnosti

Ovo obavještenje stupa na snagu 1. juna 2022.

informacije pošaljemo drugima koji su već primili vaše zdravstvene informacije od nas.

Nećemo napraviti nikakve izmjene u vašim informacijama ukoliko smatramo da su one tačne i potpune ili iz nekih drugih razloga. Ako se ne slažemo s promjenom vaših informacija, pismeno ćemo da vas obavijestimo obično u roku od 60 dana o razlozima našeg neslaganja. Takođe ćemo zabilježiti u vašoj evidenciji da ste vi zatražili izmjenu svojih informacija i da se mi nismo složili s tom izmjenom.

9. Da li mogu zatražiti od AHS da ograniči upotrebu ili dijeljenje mojih zdravstvenih informacija?

Možete da zatražite od nas da ograničimo upotrebu ili dijeljenje vaših zdravstvenih informacija. Morate da podnesete pismeni zahtjev i detaljno objasnite koja ograničenja želite. Razmotrićemo vaš zahtjev, ali ga ne moramo i usvojiti.

10. Da li mogu da zatražim od AHS da sa mnom komunicira povjerljivim načinom komunikacije?

Možete da zatražite od nas da s vama komuniciramo razumnim alternativnim načinima ili na alternativnoj lokaciji. Morate da podnesete pismeni zahtjev i obavijestite nas na koji način želite da vas kontaktiramo. Pokušaćemo da vam izađemo u susret.

Ako saopštite da vam je potrebna alternativna komunikacija u cilju sprečavanja prikazivanja informacija koje bi vas dovelo u opasnost, ispunićemo vaš zahtjev.

11. Da li mogu dobiti spisak kad je AHS s nekim podijelio moje zdravstvene informacije?

Možete da zatražite da vam dostavimo spisak lica s kojima smo podijelili vaše zdravstvene informacije u periodu do šest godina unazad od datuma kad to zatražite, s kim smo podijelili informacije i zašto. Morate da podnesete pismeni zahtjev službeniku za privatnost. Zakon od nas ne zahtijeva da stavimo na spisak svaku situaciju u kojoj smo podijelili vaše informacije. Na primjer, ne moramo staviti na spisak svaku situaciju kad smo podijelili vaše informacije za AHS tretman, naplatu ili procese zdravstvene njege, ili kad smo razmijenili informacije u skladu s vašim potpisanim odobrenjem.

12. Hoću li biti obaviješten/obaviještena ukoliko se prekrši privatnost ili bezbjednost mojih zdravstvenih informacija?

Pismeno ćemo vas obavijestiti ukoliko dođe do kršenja vaših zdravstvenih informacija. Pod prekršajem se smatra kad neko bez dozvole pogleda, koristi ili objavi zaštićene informacije, tako što ugrozi privatnost ili bezbjednost zdravstvenih informacija. AHS koristi pravo na procjenu faktora utvrđenih u Pravilu privatnosti u cilju utvrđivanja da li su informacije ugrožene.

13. Koji zakon AHS mora da poštuje u vezi sa zaštitom privatnosti mojih zdravstvenih informacija?

Mi poštujemo i pridržavamo se federalnog Zakona o prenosivosti i odgovornosti u zdravstvenom osiguranju iz 1996., poznatog kao HIPAA. Takođe se pridržavamo svakog federalnog ili državnog zakona koji štiti vaše informacije bolje nego što to čini HIPAA, kad god se oni primjenjuju. Na primjer, pridržavamo se federalnog zakona o povjerljivosti informacija koje se odnose na programe liječenja od ovisnosti, 42 CFR Dio 2, i državnih zakona o povjerljivosti informacija koje se odnose na mentalno zdravlje, 18 VSA § 7103 i 33 VSA § 2092(c).

14. Da li mogu da dobijem kopiju ovog obavještenja?

Da, možete da dobijete kopiju ovog obavještenja. Možete da zatražite od nas papirnu kopiju u bilo kojem momentu. Elektronska verzija se nalazi na našoj web-stranici, www.humanservices.vermont.gov.

15. Može li AHS mijenjati svoju praksu privatnosti?

Zadržavamo pravo da promijenimo svoju praksu privatnosti i ovo obavještenje. Svaka promjena naše prakse će se primijeniti na informacije koje već imamo o vama i na one koje ćemo u budućnosti dobiti. Postavićemo kopiju svakog novog obavještenja na našu web-stranicu, www.humanservices.vermont.gov, i jednu kopiju ćemo poslati poštom.

16. Koga mogu da kontaktiram ako imam pitanja u vezi ovog obavještenja?

Molimo da kontaktirate **Privacy Officer** (Službenika za privatnost) na telefon 802-241-0225, e-mailom na adresu: AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov, ili poštom:

AHS Privacy Officer (Službenik za privatnost)
c/o Agency of Human Services >(n/r Agencija za humana pitanja)
Office of the Secretary (Kancelarija sekretara)
280 State Drive – Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. Kako mogu da podnesem žalbu ukoliko smatram da su moja prava na privatnost povrijeđena?

Možete da uložite žalbu našem Službeniku za privatnost u pismenoj formi ili putem telefona. Takođe se možete žaliti u Office for Civil Rights, (Kancelarija za građanska prava) DHHS, JFK Federal Building Room 1875, Boston, MA, 02203, tako što ćete nazvati na 1-800-537-7697, ili što ćete posjetiti:

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

Agencija za humane usluge Obavještenje o praksama privatnosti

Ovo obavještenje stupa na snagu 1. juna 2022.

PRAKSE PRIVATNOSTI U VEZI: INFORMACIJA KOJE KOGU DA IDENTIFIKUJU POJEDINCA

Osim informacija koje se odnose na zaštitu privatnosti podataka, AHS takođe ima smjernice koje se odnose na povjerljivost informacija koje identifikuju osobe kojima mi pružamo usluge i beneficije.

Šta su informacije koje mogu da identifikuju osobu?

To su informacije koje su kreirane ili dobijene od AHS-a ili njegovih izvođača ili korisnika subvencija koje identifikuju ili približno identifikuju osobu koja prima usluge ili beneficije od AHS-a. Ovo su neki od primjera informacija koje mogu da identifikuju:

- ime
- broj socijalnog osiguranja
- datum rođenja
- adresa
- broj telefona

U kojim slučajevima AHS dijeli ili otkriva informacije koje mogu da me identifikuju bez mog odobrenja?

Možemo da razmijenimo ili otkrijemo informacije koje mogu da vas identifikuju za potrebe upravljanja našim vlastitim programom bez vašeg odobrenja. Program upravljanja predstavlja aktivnosti koje je neophodno obaviti da bi se sprovele operacije AHS-a i sastoji se od sljedećeg:

- utvrđivanja ispunjavanja uslova i obima usluga i pomoći za koju ste aplicirali, uključujući i identifikaciju i koordinaciju ovih usluga u okviru AHS-a kao i sa njegovim izvođačima i korisnicima subvencija.
- planiranja, obezbjeđivanja, organizacije, finansiranja ili naplate usluga i pomoći pojedincima i porodici.
- koordinacije pogodnosti.
- otkrivanja prevare i zloupotrebe.
- Angažovanosti u kontroli kvaliteta i poboljšanju usluga.
- Reagovanja u slučaju opasnosti i pomoći u elementarnim katastrofama.
- Usklađivanja sa saveznim i državnim zakonskim zahtjevima, zahtjevima za izvještavanje i finansiranje, osim kad je AHS-u zabranjeno dijeljenje bilo kakvih informacija u vezi s kandidatima ili onima koji su upisani u Plan zdravstvenog osiguranja imigranata s vladom Sjedinjenih Država.

U kojim slučajevima AHS mora imati moju saglasnost prije nego što podijeli ili otkrije informacije koje me mogu identifikovati?

Moramo da imamo vašu pismenu saglasnost ukoliko želimo da razmijenimo ili otkrijemo informacije koje vas mogu identifikovati kada:

- razmatramo vaše ispunjavanje uslova za primanje usluga izvan onih za koje ste se već prijavili.
- vršimo koordinaciju vaših usluga s vašim dobavljačima usluga koji s nama nemaju ugovor ili subvenciju.
- savjetujemo se s profesionalcima izvan AHS-a da bismo razmijenili iskustvo sa stručnjacima.
- razmjenjujemo informacije s osobom koju ste vi izabrali.

Ukoliko ne dobijemo vašu saglasnost u vezi gore navedenih situacija, ne možemo da obezbijedimo usluge punog kvaliteta i kvantiteta koje bi mogle da vam budu na raspolaganju.

Potvrda*

*Pružaoци direktnog tretmana ulažu napore u dobroj vjeri da dobiju od pojedinca pismenu potvrdu o prijemu ovog obavještenja. Ako se potvrda ne može dobiti, pružalac mora dokumentovati svoje napore na dobijanju potvrde i razloge zašto ona nije dobijena.

Ovim potvrđujem da sam dobio/la kopiju ovog obavještenja.

Datum: _____

_____ (Potpis osobe ili ličnog predstavnika)

_____ (Ime osobe ili ličnog predstavnika štampanim slovima)