

يوضح هذا الإخطار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والكشف عنها وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات. يرجى الاطلاع على هذا الإخطار جيداً.

التزامنا تجاه الخصوصية

VNS Health تلتزم بحماية خصوصية وسرية معلوماتك الصحية المحمية (PHI). وفقاً لما يقتضيه قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) الصادر عام 1996، لن نستخدم PHI الخاصة بك أو نكشف عنها إلا كما هو موضح في هذا الإخطار.

من الذي يتبع هذا الإخطار؟

يتبع هذا الإخطار مقدمو الرعاية الصحية وخطط الرعاية الصحية المدرجة أدناه:

Visiting Nurse Service of New York Home Care II (d/b/a VNS Health Home Care)	Visiting Nurse Service of New York Hospice Care (d/b/a VNS Health Hospice Care)
New Partners, Inc. (d/b/a VNS Health Personal Care)	Medical Care at Home, P.C.
VNS CHOICE (d/b/a VNS Health Health Plans)	VNS Health Behavioral Health, Inc. (d/b/a VNS Health Behavioral Health)

يشارك كل مقدم خدمات رعاية صحية وخطة رعاية صحية مدرجة أعلى في ترتيب الرعاية الصحية المنظم من VNS Health (التي يُشار إليها باسم VNS Health OHCA، أو نحن، أو لنا). تم تشكيل VNS Health OHCA لغرض أساسى هو تحسين جودة الرعاية التي نقدمها. بناءً على ذلك، يجب على أعضاء OHCA (بما في ذلك موظفوهم، وشركاء الأعمال لديهم، وبعض المقاولين من الباطن في خدمات اضطرابات تعاطي المواد (SUD)) اتباع هذا الإخطار. يمكننا استخدام أو الكشف عن PHI الخاصة بك فقط كما هو موصوف في هذا الإخطار ، ما لم تمنحنا إنذاراً كتابياً للقيام بغير ذلك على العنوان المقدم أدناه.

يجوز لأعضاء VNS Health OHCA أيضاً استخدام PHI الخاصة بك ومشاركتها فيما بينهم لإدارة الأنشطة التشغيلية المشتركة بما في ذلك العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. يرجى ملاحظة أن هذا الإخطار لا يغير الوضع القانوني أو المؤسسي المستقل لأي عضو في VNS Health OHCA ، ولا يجعل أي عضو في OHCA مسؤولاً بشكل مشترك عن الإهمال أو الأخطاء أو الانتهاكات من قبل أي أعضاء آخرين في OHCA.

كيفية استخدام VNS Health OHCA ومشاركتها لمعلوماتك الصحية المحمية

1. استخدمات وإفصاحات عمليات العلاج والدفع والرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها لتقديم الرعاية أو العلاج لك، والحصول على الدفع، وإجراء عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا:

a. إدارة العلاج والرعاية. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها لتسهيل تقديم الخدمات والرعاية والعلاج التي نقدمها لك أو التنسيق مع مقدمي الخدمات الآخرين أو إدارتها. على سبيل المثال، (1) قد يناقش طبيبك في حالة الصحية مع طبيبك للتخطيط للخدمات السريرية التي تتلقاها في المنزل؛ أو (2) يجوز لنا أيضاً ترك PHI الخاصة بك في منزلك لغرض إبقاء مقدمي الرعاية الآخرين على اطلاع بالمعلومات المطلوبة.

b. السداد. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها لأغراض الدفع الخاصة بنا وللمساعدة في أنشطة الدفع الخاصة بمقديمي الرعاية الصحية الآخرين. تشمل أنشطة الدفع الخاصة بنا، على سبيل المثال لا الحصر، تحديد أهليةتك للحصول على المزايا والحصول على المدفوعات من شركات التأمين التي قد تكون مسؤولة عن توفير التغطية لك، بما في ذلك الكيانات الفيدرالية وكيانات الولاية.

c. عمليات الرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك عنك والإفصاح عنها لدعم وظائفنا، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، إدارة الرعاية وأنشطة تحسين الجودة وتقييم أدائنا وحل أي شكاوى أو تظلمات قد تكون لديك. يجوز لنا أيضاً استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها لمساعدة مقدمي الخدمات أو الرعاية الآخرين في أداء عمليات الرعاية الصحية أو خدمات SUD.

2. عمليات الكشف والاستخدام المسموح بها الأخرى. يجوز لنا أيضاً استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها للأغراض التالية:
- وفقاً لما يقتضيه القانون. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها كما هو مطلوب بموجب أي قانون معنول به في قانون الولاية أو القانون الفيدرالي أو القانون المحلي.
 - الصحة العامة أو السلامة. يجوز لنا الكشف عن PHI الخاصة بك للسلطات العامة أو المؤسسات الأخرى التي تقوم بأنشطة الصحة العامة، مثل الإبلاغ عن المواليد والإصابات والإعاقة والوفاة. يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية للوكالات العامة المختصة أو (في بعض الحالات المحدودة) منظمات الإغاثة الخاصة من الكوارث للتصدي للإرهاب البيولوجي، أو غير ذلك من التهديدات المماثلة للصحة العامة أو السلامة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر منع أو السيطرة على الأمراض المعدية أو معالجة المشاكل المتعلقة بالمنتجات التي تتطلبها إدارة الغذاء والدواء.
 - حماية ضحايا الإساءة أو الإهمال أو العنف المنزلي. قد ن Finch عن PHI الخاصة بك إلى وكالة حكومية مناسبة إذا اعتقدنا أنك ضحية للإساءة أو الإهمال أو العنف المنزلي ووافقت على الإفصاح أو كان الإفصاح مطلوبًا أو مسموحاً به بموجب القانون. سنخبرك إذا أفصحتنا عن PHI الخاصة بك لهذا الغرض، ما لم نكن نعتقد أن تقديم المشورة لك أو لقدم الرعاية الخاص بك من شأنه أن يعرضك أو شخصاً آخر لخطر الأذى الشديد.
 - أنشطة الرقابة الصحية. قد ن Finch عن PHI الخاصة بك لوكالات الرقابة الصحية الفيدرالية أو الحكومية لأنشطة المصرح بها بموجب القانون مثل عمليات التدقيق والتحقيقات والتفتيش واستطلاعات الترخيص.
 - الإجراءات القضائية والإدارية. قد تكون ملزمنا بالإفصاح عن PHI الخاصة بك في إجراءات قضائية أو إدارية أو استجابةً لأمر قانوني أو استدعاء أو أي إجراء قانوني آخر.
 - أغراض إنفاذ القانون. قد ن Finch عن معلوماتك الصحية لوكالة إنفاذ القانون للرد على أمر محكمة أو أمر قضائي أو أمر استدعاء أو عملية مماثلة، للمساعدة في تحديد أو تحديد مكان المشتبه به أو الشخص المفقود، لتقييم معلومات حول جريمة، أو وفاة قد تكون نتيجة نشاط إجرامي، أو سلوك إجرامي في مقربنا، أو، في حالات الطوارئ، للإبلاغ عن جريمة، أو مكان الجريمة أو الضحايا، أو هوية أو مكان أو وصف الشخص الذي ارتكب الجريمة.
 - الأفراد المتوفون. قد ن Finch عن PHI الخاصة بك إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي أو مدير الجنائز حسب الضرورة ووفقاً لما هو مصرح به بموجب القانون.
 - التبرع بالأعضاء أو الأنسجة. قد ن Finch عن معلوماتك الصحية المحمية لمنظمات شراء الأعضاء والكيانات المماثلة لغرض مساعدتها في شراء الأعضاء أو الأنسجة أو الخدمات المصرفية أو الزرع.
 - البحث. قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو ن Finch عنها لأغراض البحث، مثل الدراسات التي تقارن فوائد العلاجات البديلة التي ينتفاها مرضاناً أو التحقيقات في كيفية تحسين تقييم الرعاية لدينا. لن نستخدم PHI الخاصة بك أو ن Finch عنها لأغراض البحث إلا بموافقة مجلس المراجعة المؤسسي ("IRB"). عند الاقتضاء، سنحصل على إذن كتابي منك قبل استخدام PHI الخاصة بك للبحث.
 - الوظائف الحكومية المختصة. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها للمساعدة في أنواع معينة من الأنشطة الحكومية. إذا كنت عضواً في القوات المسلحة للولايات المتحدة أو بلد أجنبى، فقد ن Finch عن PHI الخاصة بك إلى السلطة العسكرية المناسبة حسب الضرورة. قد ن Finch أيضاً عن PHI الخاصة بك للمسؤولين الفيدراليين بسبب أنشطة الاستخبارات القانونية أو الأمن القومي.
 - تعويضات العاملين. يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها وفقاً لما تسمح به القوانين التي تحكم برنامج تعويض العمال أو البرامج المماثلة التي توفر مزايا للإصابات أو الأمراض المتعلقة بالعمل.
 - أفراد العائلة والأفراد المشاركون في رعايتك. قد ن Finch عن معلوماتك الصحية لأحد أفراد العائلة أو أحد الأقارب الآخرين أو صديق مقرب يساعدك في تلقي خدمات الرعاية الصحية. إذا كنت متاحاً، فسنمنحك فرصة للاعتراض على هذه الإفصاحات، ولن نقوم بهذه الإفصاحات إذا اعترضت. إذا لم تكن متاحاً، فسنحدد ما إذا كان الإفصاح لعائلتك أو أصدقائك في مصلحتك الفضلى، مع مراعاة الظروف وبناءً على تفضيلنا المهني.
 - الاستخدامات والإفصاحات العرضية. تحدث أحياناً الاستخدامات والإفصاحات العرضية عن PHI الخاصة بك ولا تعتبر انتهاكاً لحقوقك. الاستخدامات والإفصاحات العرضية لـ PHI الخاصة بك هي منتجات ثانوية لاستخدامات أو الإفصاحات المسموح بها والتي تكون محدودة في طبيعتها ولا يمكن منعها بشكل معقول.

حماية الخصوصية المتعلقة بالصحة الإنجابية

لا يجوز لنا استخدام **PHI** الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأي من الأنشطة التالية: (1) إجراء تحقيق جنائي أو مدنى أو إداري أو فرض مسؤولية جنائية أو مدنية أو إدارية على أي شخص لمجرد القيام بالبحث عن أو الحصول على أو تقديم أو تسهيل الرعاية الصحية الإنجابية، حيث تكون هذه الرعاية الصحية قانونية في ظل الظروف التي يتم تقديمها فيها؛ أو (2) تحديد هوية أي شخص لغرض إجراء مثل هذا التحقيق أو فرض مثل هذه المسؤولية.

اضطراب تعاطي المواد والمعلومات الصحية الحساسة الأخرى

تلزمنا بالقوانين التي تحمي سرية سجلات مرضى اضطرابات تعاطي المواد (SUD) وغيرها من المعلومات الصحية شديدة الحساسية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والمعلومات الجينية وملحوظات العلاج النفسي. لا يجوز استخدام هذه **PHI** الحساسة أو الإفصاح عنها إلا وفقاً لبعض تدابير الحماية الخاصة بالسرية بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية المعمول به. وأي إفصاح عن هذه الأنواع من السجلات سيُخضع لهذه إجراءات الحماية الخاصة.

1. مؤسسات الخدمة المؤهلة. قد تقوم الصحة السلوكية التابعة لخطة **VNS** **PHI** الخاصة بك إلى مؤسسة الخدمات المؤهلة ("QSO") دون الحاجة إلى موافقتك، وذلك حسب الضرورة لتمكن QSO من تقديم الخدمات لنا. QSO هي أي فرد أو كيان يقدم خدمات لنا ولديه اتفاق مكتوب معنا يعترف بما يلي: (i) أنه في حال استلامه أو تخزينه أو معالجه أو تعامله بأي شكل من الأشكال مع أي سجلات مرضى متعلقة بالاضطرابات الناجمة عن SUD من جانبنا، فإنه يكون ملزمًا تماماً بقوانين السرية الفيدرالية؛ و(ii) إذا لزم الأمر، سيبذل جهداً لمقاومة أي محاولات للوصول إلى سجلات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد في الإجراءات القضائية، إلا إذا كان ذلك مسموحاً به بموجب القانون.

2. القيد على الموافقة لمشاركة سجلات/معلومات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد. يمكن أن تُعطى موافقتك على مشاركة سجلاتك أو معلوماتك المتعلقة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد عادةً لأغراض متعددة حالياً ومستقبلاً. ومع ذلك، لا يمكن استخدام **PHI** المتعلقة بعلاج الاضطرابات الناجمة عن SUD لبدء أو التحقيق أو دعم الادعاءات ضدك في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية تُجرى من قبل أي سلطة فيدرالية أو حكومية أو محلية. إذا وافق مريض الاضطرابات الناجمة عن SUD على استخدام سجلات أو معلومات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد في أي إجراء قانوني، يجب أن تكون الموافقة محددة لذلك الإجراء ضد المريض ولا يمكن دمجها مع نماذج موافقة أخرى. بالإضافة إلى ذلك، فإن سجلات مرضى الاضطرابات الناجمة عن SUD المحامية بقوانين السرية الفيدرالية لن تتم مشاركتها مع أعضاء آخرين في OHCA، ما لم يكن هذا الإفصاح مسموحاً به بموجب القانون.

الحصول على تفويض للاستخدامات والإفصاحات الأخرى لمعلوماتك الصحية المحمية

لن يتم إجراء استخدامات وإفصاحات معينة لـ **PHI** الخاصة بك إلا بتقديمك كتابياً منك، بما في ذلك الاستخدامات وأو الإفصاحات: (أ) ملاحظات العلاج النفسي (عند الاقتضاء)؛ و(ب) لأغراض التسويق؛ و(ج) التي تشكل بيعاً للمعلومات الصحية بموجب قاعدة الخصوصية. لن نستخدم أو نفصح عن **PHI** الخاصة بك لأي غرض غير محدد في هذا الإخطار ما لم نحصل على تصريح كتابي صريح منك أو تصريح من الممثل القانوني المعين من جانبك. إذا أعطيتنا إنذرك، يمكنك إلغاؤه في أي وقت، وفي هذه الحالة لن نستخدم **PHI** الخاصة بك أو نفصح عنها للغرض الذي أذنت به، إلا إلى الحد الذي اعتمدنا فيه على إنذرك لتقييم رعيتك.

التعيينات والمعلومات المتعلقة بالاتصالات

قد نتصل بك أو بمن تمثلك المعين عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية أو المكالمات الهاتفية و / أو المكالمات الصوتية الآلية أو الاصطناعية باستخدام الرسائل الآلية أو المسجلة مسبقاً لتوفير تذكيرات بالمواقع والزيارات أو استبيانات رضا المرضى أو رسائل البريد الإلكتروني والنشرات الإخبارية الترحيبية للبرنامج أو معلومات حول بدائل العلاج أو الخدمات الأخرى المتعلقة بالصحة. ستختلف وتيرة هذه الرسائل.

1. الحق في إلغاء الاشتراك. لديك الحق في إلغاء الاشتراك من تلقي المكالمات والرسائل النصية باتباع تعليمات إلغاء الاشتراك أو الانسحاب المقدمة، عن طريق إرسال رسالة نصية بكلمة "STOP" (توقف) أو بالاتصال بـ **VNS Health** أو بائاعها التابع للطرف الثالث المعين. قد تتطبق الرسوم القياسية للرسائل والبيانات. إذا كنت لا ترغب في تلقي رسائل البريد الإلكتروني بعد الآن، يمكنك النقر على الرابط التشعبي بعنوان "إلغاء الاشتراك" في أسفل أي بريد إلكتروني يُرسل إليك من **VNS Health**، ثم اتباع التعليمات لإلغاء الاشتراك من البريد الإلكتروني. موافقتك على تلقي المكالمات الهاتفية والرسائل النصية ورسائل البريد الإلكتروني / أو المكالمات الصوتية الآلية أو الاصطناعية ليست شرطاً للحصول على خدمات رعاية صحية أخرى من **VNS Health**.

2. الأمان. يرجى ملاحظة أن الاتصالات التي يتم إرسالها عبر البريد الإلكتروني غير المشفر أو الرسائل النصية أو عبر شبكة مفتوحة قد تكون غير آمنة بطبيعتها، ولا يوجد ضمان لسريّة المعلومات التي يتم إرسالها بهذه الطريقة. بالإضافة إلى ذلك، تتطوي رسائل البريد الإلكتروني والرسائل النصية على مخاطر خصوصية متصلة، خاصة عندما لا يكون الوصول إلى جهاز الكمبيوتر أو الجهاز المحمول محميًّا بكلمة مرور.

جمع الأموال

كمنظمة رعاية صحية غير ربحية، قد تحدّدك وكالتنا الأم، VNS Health، كمريض لأغراض جمع التبرعات والتّسويق. لديك الحق في إلغاء الاشتراك في تأقي اتصالات جمع الأموال هذه عن طريق الاتصال بنا على عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف الذي تقدّمه في اتصال جمع الأموال أو عن طريق ملء وإرسال بطاقة بريدية مسبقة الدفع واردة في تواصل لجمع الأموال.

تبادل المعلومات الصحية

نحن نشارك في عمليات تبادل المعلومات الصحية (HIEs) الآمنة المتوافقة مع قانون HIPAA، مثل تلك التي تديرها Healthix وBronx RHIO. تساعد HIEs في تنسيق رعاية المرضى بكفاءة من خلال السماح لمقدمي الرعاية أو الخدمات المشاركون في رعايتك بمشاركة المعلومات بعضهم مع بعض بطريقة آمنة وفي الوقت المناسب. إذا وافقت، يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك والإفصاح عنها والوصول إليها عبر HIEs التي نشارك فيها لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. لديك الحق في إلغاء الاشتراك في الإفصاح عن PHI الخاصة بك إلى أو عبر HIE. ومع ذلك، قد يستمر الاحتفاظ بالمعلومات التي يتم إرسالها إلى أو عبر HIE قبل معالجة إلغاء الاشتراك الخاص بك، ويمكن الوصول إليها من خلال HIE.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بـ PHI الخاصة بك، فإنك تتمتع ببعض الحقوق:

1. **الحق في الفحص والنسخ.** يحق لك، أو لمالك المفوض، فحص أو طلب نسخة من PHI التي تحتفظ بها عنك. يجب إرسال الطلبات إلى قسم السجلات الطبية عبر البريد الإلكتروني إلى records.requests@vnshealth.org. يجب أن يصف طلبك المعلومات التي تزيد مراجعتها والصيغة التي ترغب في مراجعتها بها. إذا احتفظنا بسجل صحي إلكتروني يحتوي على معلوماتك، فيحق لك أن تطلب منا إرسال نسخة من PHI الخاصة بك بتنسيق إلكتروني إليك أو إلى طرف ثالث تحدده هو-même. قد نرفض السماح لك بفحص أو الحصول على نسخ من هذه المعلومات في حالات محددة معينة. لن نفرض عليك رسومًا لإنتاج سجلاتك. قد نرفض أيضًا طلبًا للوصول إلى PHI في ظل ظروف معينة إذا كان هناك احتمال لإلحاق الضرر بنفسك أو بالآخرين. إذا رفضنا طلبًا للوصول لهذا الغرض، فيحق لك مراجعة رفضنا وفقًا لمتطلبات القانون المعهود به، عن طريق تقديم طلب للمراجعة إلى مسؤول الخصوصية الصحية في VNS.

2. **الحق في طلب التعديلات.** يحق لك طلب إجراء تغييرات على أي PHI تحتفظ بها عنك إذا ذكرت سبب عدم صحة هذه المعلومات أو عدم اكتمالها. يجب أن يكون طلب مكتوبًا ويجب أن يشرح سبب تصحيح المعلومات أو تحديثها. قد نرفض طلبك في ظل ظروف معينة ونقدم شرحًا مكتوبًا.

3. **الحق في حساب عمليات الإفصاح.** يحق لك تلقي قائمة بالإفصاحات الخاصة بـ PHI الخاصة بك من جانبنا. لن تتضمن القائمة الإفصاحات المقدمة لأغراض معينة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الإفصاحات المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو الإفصاحات التي أذنت بها كتابيًّا. يجب أن يحدد طلبك الفترة الزمنية التي يغطيها طلبك، والتي لا يمكن أن تتجاوز ست سنوات. في المرة الأولى التي تطلب فيها قائمة بالإفصاحات في أي فترة ضمن 12 شهرًا، سيتم تقييمها دون أي تكاليف. إذا طلبت قوائم إضافية خلال فترة 12 شهراً، فقد نفرض عليك رسومًا رمزية.

4. **الحق في المطالبة بفرض قيود.** لديك الحق في طلب قيود على الطرق التي نستخدم ونفصّل بها عن PHI الخاصة بك. بينما سننتظر بعناية في جميع طلبات القيود الإضافية، لا يُطلب من الامتناع طلبك باستثناء القيود المفروضة على الاستخدامات أو الإفصاحات لغرض تنفيذ عمليات الدفع أو الرعاية الصحية، حين تدفع الفاتورة "من جيتك" بالكامل. إذا وافقنا على القيود المطلوبة، فلن نكشف عن PHI الخاصة بك وفقًا لقيود المتفق عليه.

5. الحق في طلب اتصالات سرية. يحق لك أن تطلب منا إرسال PHI إليك بطريقة مختلفة أو في مكان مختلف. يجب أن يحدد طلبك للحصول على نموذج اتصال بديل أيضًا مكان و/أو كيفية الاتصال بك.
6. الحق في إلغاء الموافقة. إذا أعطينا إذنك، يمكنك إلغاؤه في أي وقت، وفي هذه الحالة لن نستخدم PHI الخاصة بك أو ننصح عنها للغرض الذي أذنت به، إلا إلى الحد الذي اعتمدنا فيه على إذنك لتقديم رعايتك. يجب تقديم إلغاء التفويض إلى مسؤول خصوصية VNS Health على العنوان الوارد في نهاية هذا الإخطار.
7. الحق في تلقي إشعار بالخطأ. لديك الحق في تلقي إشعار، إذا كان هناك خرق لـ PHI الخاصة بك غير المؤمنة، الأمر الذي يتطلب الإشعار بموجب قانون HIPAA.
8. الحق في الحصول على نسخة ورقية أو إلكترونية من الإخطار. يحق لك استلام نسخة ورقية من هذا الإخطار في أي وقت. يمكنك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار، عن طريق الكتابة إلى مسؤول خصوصية VNS Health. يمكنك أيضًا طباعة نسخة من هذا الإخطار بالانتقال إلى موقعنا الإلكتروني على www.vnshealth.org.
9. الحق في اختيار شخص ما للتصرف بالنيابة عنك. إذا كان شخص ما هو وكيل الرعاية الصحية أو الوصي القانوني لك، يمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك وإجراء الاختيارات بخصوص PHI الخاصة بك.
10. الشكاوى. إذا كنت تعتقد أن حقوق الخصوصية أو الأمان الخاصة بك قد انتهكت، فيحق لك تقديم شكوى إلى مسؤول خصوصية VNS Health. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة ("HHS"). سنزودك بالعنوان لتقييم شكواك إلى HHS عند الطلب. لن يتم معاقبتك أو الانتقام منك من جانبنا بسبب تقديم شكوى.

خرق الإشعار

نحن مطلوبون بموجب القانون بإخطارك بعد اكتشاف وجود خرق لـ PHI الخاصة بك غير الآمنة، ما لم نقرر أن هناك احتمالاً ضعيفاً بأن خصوصية أو أمان PHI الخاصة بك قد تم اختراقها. سيتم إخطارك في الوقت المناسب، في موعد لا يتجاوز ستين (60) يوماً بعد اكتشاف الخرق، ما لم يتطلب قانون الولاية الإخطار قبل ذلك.

تغييرات على هذا الإخطار

يجوز لنا تغيير شروط إخطار ممارسات الخصوصية هذا في أي وقت. إذا تم تغيير شروط الإخطار، فستطبق الشروط الجديدة على جميع PHI الخاصة بك، سواء تم إنشاؤها أو استلامها بواسطة VNS Health OHCA قبل أو بعد التاريخ الذي تم فيه تغيير الإخطار. سيتم توفير أي تحديثات للإخطار على vnshealth.org.

الأسئلة

إذا كان لديك أي أسئلة أو تعليقات حول ممارسات الخصوصية لدينا أو هذا الإخطار، أو إذا كنت ترغب في الحصول على شرح أكثر تفصيلاً حول حقوق الخصوصية الخاصة بك، فيرجى الاتصال بمسؤول خصوصية VNS Health باستخدام معلومات الاتصال المدرجة في نهاية هذا الإخطار.

معلومات الاتصال

عند التواصل معنا بشأن هذا الإخطار أو ممارسات الخصوصية لدينا أو حقوق الخصوصية أو الأمان الخاصة بك، يرجى الاتصال بمسؤول خصوصية VNS Health باستخدام معلومات الاتصال التالية: New VNS Health, 220 East 42nd Street, 6th Floor, New York, NY 10017; الهاتف: 888-634-1558؛ البريد الإلكتروني: HIPAA@vnshealth.org؛ Privacy Officer :Attn ;York, NY 10017