

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ, ΝΑ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΤΟΥΝ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.**Δέσμευση για την προστασία απορρήτου**

Η VNS Health δεσμεύεται να προστατεύει το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών σας πληροφοριών υγείας (PHI). Όπως απαιτείται από τον Νόμο περί φορητότητας και λογοδοσίας ασφαλίσεων υγείας (HIPAA) του 1996, Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα γνωστοποιήσουμε το PHI σας μόνο όπως περιγράφεται στην παρούσα Ειδοποίηση. Εφαρμόζουμε διοικητικά, τεχνικά και υλικά μέτρα ασφαλείας για την προστασία της εμπιστευτικότητας, της ακεραιότητας και της ασφάλειας του PHI σας, σύμφωνα με την ισχύουσα ομοσπονδιακή νομοθεσία και τη νομοθεσία της πολιτείας της Νέας Υόρκης.

Ποιος θα παρακολουθεί αυτήν την ειδοποίηση;

Η παρούσα Ειδοποίηση εφαρμόζεται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τα προγράμματα υγείας που αναφέρονται παρακάτω:

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

Κάθε πάροχος υγειονομικής περίθαλψης και πρόγραμμα υγείας που αναφέρεται παραπάνω συμμετέχει στη Συμφωνία οργανωμένης υγειονομικής περίθαλψης της VNS Health (η VNS Health OHCA, Εμείς ή Εμάς). Η VNS Health OHCA συστάθηκε με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Ως εκ τούτου, τα μέλη της OHCA [συμπεριλαμβανομένου του εργατικού δυναμικού της, των επιχειρηματικών συνεργατών και ορισμένων υπεργολάβων υπηρεσιών Διαταραχών Χρήσης Ουσιών (SUD)] πρέπει να ακολουθούν την παρούσα Ειδοποίηση. Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να γνωστοποιήσουμε το PHI σας μόνο όπως περιγράφεται στην παρούσα Ειδοποίηση, εκτός εάν μας δώσετε την άδεια να πράξουμε διαφορετικά εγγράφως, στη διεύθυνση που παρέχεται παρακάτω.

Τα μέλη της VNS Health OHCA μπορούν επίσης να χρησιμοποιούν και να γνωστοποιούν μεταξύ τους το PHI σας για τη διαχείριση κοινών επιχειρησιακών δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, της πληρωμής και των λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Λάβετε υπόψη ότι η παρούσα Ειδοποίηση δεν τροποποιεί το ανεξάρτητο εταιρικό ή νομικό καθεστώς οποιουδήποτε μέλους VNS Health OHCA ούτε καθιστά κανένα από τα μέλη OHCA από κοινού υπεύθυνο για την αμέλεια, τα λάθη ή τις παραβιάσεις οποιουδήποτε από τα άλλα μέλη OHCA.

Πώς χρησιμοποιούμε και γνωστοποιούμε το PHI σας

1. **Χρήσεις και γνωστοποιήσεις για εργασίες θεραπείας, πληρωμής και υγειονομικής περίθαλψης.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για να παρέχουμε τη φροντίδα ή τη θεραπεία σας, να λάβουμε πληρωμή και να διεξάγουμε τις εργασίες μας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης:
 - a. **Διαχείριση θεραπείας και περίθαλψης.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για να διευκολύνουμε την παροχή, το συντονισμό με άλλους παρόχους ή τη διαχείριση των υπηρεσιών, της φροντίδας και της θεραπείας που σας παρέχουμε. Για παράδειγμα, (1) ο κλινικός ιατρός της VNS Health μπορεί να συζητήσει την κατάσταση της υγείας σας με το γιατρό σας για να προγραμματίσει τις κλινικές υπηρεσίες που λαμβάνετε κατ' οίκον ή (2) ενδέχεται επίσης να αφήσουμε το PHI στο σπίτι σας, με σκοπό να κρατάμε ενήμερους άλλους φροντιστές με τις απαραίτητες πληροφορίες.
 - b. **Πληρωμή.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για δικούς μας σκοπούς πληρωμής και για να βοηθήσουμε στις δραστηριότητες πληρωμών άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Οι δραστηριότητες πληρωμών μας περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τον προσδιορισμό της καταλληλότητάς σας για παροχές και τη λήψη πληρωμής από ασφαλιστές που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την παροχή κάλυψης σε εσάς, συμπεριλαμβανομένων ομοσπονδιακών και κρατικών φορέων.
 - c. **Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας, για να υποστηρίξουμε τις λειτουργίες μας, οι οποίες περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, διαχείριση φροντίδας, δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας, αξιολόγηση των επιδόσεών μας και επίλυση τυχόν καταγγελιών ή παραπόνων που μπορεί να έχετε. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για να βοηθήσουμε άλλους παρόχους υπηρεσιών ή φροντίδας στην εκτέλεση εργασιών παροχής υπηρεσιών υγείας ή υπηρεσιών SUD.
2. **Άλλες επιτρεπόμενες χρήσεις και γνωστοποιήσεις.** Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για τους ακόλουθους σκοπούς:
 - a. **Όπως απαιτείται από τη νομοθεσία.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να γνωστοποιήσουμε το PHI σας όπως απαιτείται από οποιαδήποτε ισχύουσα πολιτειακή, ομοσπονδιακή και τοπική νομοθεσία.
 - b. **Δημόσια υγεία ή ασφάλεια.** Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σε δημόσιες αρχές ή άλλους οργανισμούς που διεξάγουν δραστηριότητες δημόσιας υγείας, όπως η αναφορά γεννήσεων, τραυματισμών, αναπηριών και θανάτων. Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σας σε κατάλληλες δημόσιες υπηρεσίες ή (σε ορισμένες περιορισμένες περιπτώσεις) σε ιδιωτικές οργανώσεις αντιμετώπισης καταστροφών για την αντιμετώπιση της βιοτρομοκρατίας ή άλλων παρόμοιων απειλών για τη δημόσια υγεία ή την ασφάλεια, συμπεριλαμβανομένης, ενδεικτικά, της πρόληψης ή του ελέγχου μολυσματικών ασθενειών, της αντιμετώπισης προβλημάτων που σχετίζονται με προϊόντα που ρυθμίζονται από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων ή της αποτροπής κάποιας σοβαρής απειλής για την υγεία ή την ασφάλεια.
 - c. **Προστασία θυμάτων κακοποίησης, παραμέλησης ή ενδοοικογενειακής βίας.** Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σας σε μια κατάλληλη κρατική υπηρεσία, εάν πιστεύουμε ότι είστε θύμα κακοποίησης, παραμέλησης, ενδοοικογενειακής βίας και

συμφωνείτε με τη γνωστοποίηση, ή η γνωστοποίηση απαιτείται ή επιτρέπεται από τον νόμο. Θα σας ενημερώσουμε εάν γνωστοποιήσουμε το PHI σας για αυτόν τον σκοπό, εκτός εάν πιστεύουμε ότι η παροχή συμβουλών σε εσάς ή στον φροντιστή σας θα έθετε εσάς ή άλλο άτομο σε κίνδυνο σοβαρής βλάβης.

- d. **Δραστηριότητες εποπτείας υγείας.** Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σας σε ομοσπονδιακές ή πολιτειακές υπηρεσίες εποπτείας υγείας για δραστηριότητες που έχουν εγκριθεί από τον νόμο, όπως έλεγχοι, έρευνες, επιθεωρήσεις και έρευνες αδειοδότησης.
- e. **Δικαστικές και διοικητικές διαδικασίες.** Ενδέχεται να μας ζητηθεί να αποκαλύψουμε το PHI σας στο πλαίσιο δικαστικής ή διοικητικής διαδικασίας ή ως απάντηση σε νόμιμη εντολή, κλήτευση ή άλλη νόμιμη διαδικασία.
- f. **Σκοποί επιβολής του νόμου.** Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε τις πληροφορίες υγείας σας σε μια υπηρεσία επιβολής του νόμου, για να ανταποκριθούμε σε δικαστική εντολή, ένταλμα, κλήτευση ή παρόμοια διαδικασία, για να βοηθήσουμε στην ταυτοποίηση ή τον εντοπισμό ενός υπόπτου ή αγνοούμενου, για να παράσχουμε πληροφορίες για ένα θύμα εγκλήματος, έναν θάνατο που μπορεί να είναι αποτέλεσμα εγκληματικής δραστηριότητας ή εγκληματικής συμπεριφοράς στις εγκαταστάσεις μας ή, σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, να αναφέρουμε ένα έγκλημα, τον τόπο του εγκλήματος ή τα θύματα, ή την ταυτότητα, την τοποθεσία ή περιγραφή του ατόμου που διέπραξε το έγκλημα.
- g. **Θανόντες.** Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σας σε ιατροδικαστή, ιατρικό εξεταστή ή εργολάβο κηδείων, όπως απαιτείται και όπως εξουσιοδοτείται από τον νόμο.
- h. **Δωρεές οργάνων ή ιστών.** Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σε οργανισμούς προμήθειας οργάνων και παρόμοιες οντότητες, με σκοπό να τους βοηθήσουμε στην προμήθεια οργάνων ή ιστών, τη συντήρηση ή τη μεταμόσχευση.
- i. **Έρευνα.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για ερευνητικούς σκοπούς, όπως μελέτες σύγκρισης των οφελών εναλλακτικών θεραπειών που λαμβάνουν οι ασθενείς μας ή έρευνες σχετικά με τον τρόπο βελτίωσης της παροχής φροντίδας. Θα χρησιμοποιήσουμε ή θα γνωστοποιήσουμε το PHI σας για ερευνητικούς σκοπούς, μόνο κατόπιν έγκρισης του Θεσμικού συμβουλίου αναθεώρησης («IRB»). Όταν απαιτείται, θα λάβουμε γραπτή εξουσιοδότηση από εσάς πριν χρησιμοποιήσουμε το PHI σας για έρευνα.
- j. **Εξειδικευμένες κρατικές λειτουργίες.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να γνωστοποιήσουμε το PHI σας για να παρέχουμε βοήθεια για ορισμένους τύπους κρατικών δραστηριοτήτων. Εάν είστε μέλος των ενόπλων δυνάμεων των Ηνωμένων Πολιτειών ή μιας ξένης χώρας, ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε το PHI σας στην κατάλληλη στρατιωτική αρχή, όπως κρίνεται απαραίτητο. Ενδέχεται επίσης να γνωστοποιήσουμε το PHI σας σε ομοσπονδιακούς αξιωματούχους για νόμιμες δραστηριότητες πληροφοριών ή εθνικής ασφάλειας.
- k. **Αποζημίωση των εργαζομένων.** Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ή να γνωστοποιήσουμε το PHI σας όπως επιτρέπεται από τους νόμους που διέπουν το πρόγραμμα αποζημίωσης εργαζομένων ή παρόμοια προγράμματα που παρέχουν οφέλη για τραυματισμούς ή ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία.

l. Μέλη της οικογένειας και άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα σας. Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε τις πληροφορίες υγείας σας σε ένα μέλος της οικογένειας, σε άλλον συγγενή ή στενό φίλο, που σας βοηθά στη λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Εάν είστε διαθέσιμοι, θα σας δώσουμε την ευκαιρία να αντιταχθείτε σε αυτές τις γνωστοποιήσεις και δεν θα προβούμε σε αυτές τις γνωστοποιήσεις εάν αντιταχθείτε. Εάν δεν είστε διαθέσιμοι, θα προσδιορίσουμε εάν μια γνωστοποίηση στην οικογένεια ή τους φίλους σας είναι προς το συμφέρον σας, λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες και με βάση την επαγγελματική μας κρίση.

m. Συμπτωματικές χρήσεις και γνωστοποιήσεις. Μερικές φορές, προκύπτουν συμπτωματικές χρήσεις και γνωστοποιήσεις του PHI σας και δεν θεωρούνται παραβίαση των δικαιωμάτων σας. Οι συμπτωματικές χρήσεις και οι γνωστοποιήσεις του PHI είναι υποπροϊόντα άλλως επιτρεπόμενων χρήσεων ή γνωστοποιήσεων, που είναι περιορισμένης φύσης και δεν μπορούν εύλογα να αποτραπούν.

Λήψη της εξουσιοδότησής σας για άλλες χρήσεις και γνωστοποιήσεις του PHI σας

Ορισμένες άλλες χρήσεις και γνωστοποιήσεις του PHI σας θα γίνονται μόνο κατόπιν γραπτής εξουσιοδότησής σας, συμπεριλαμβανομένων των χρήσεων ή/και των γνωστοποιήσεων: (α) σημειώσεων ψυχοθεραπείας (κατά περίπτωση), (β) για σκοπούς μάρκετινγκ, και (γ) που συνιστούν πώληση πληροφοριών υγείας σύμφωνα με τον Κανόνα απορρήτου. Δεν θα χρησιμοποιήσουμε ή θα γνωστοποιήσουμε το PHI σας για οποιονδήποτε σκοπό που δεν καθορίζεται στην παρούσα Ειδοποίηση, εκτός εάν λάβουμε τη ρητή γραπτή εξουσιοδότησή σας ή την εξουσιοδότηση του νόμιμα διορισμένου αντιπροσώπου σας. Εάν μας παράσχετε την εξουσιοδότησή σας, μπορείτε να την ανακαλέσετε ανά πάσα στιγμή. Σε αυτήν την περίπτωση, δεν θα χρησιμοποιήσουμε ούτε θα γνωστοποιήσουμε πλέον το PHI σας για τον σκοπό για τον οποίο παρείχατε την εξουσιοδότηση, εκτός από τον βαθμό που βασιστήκαμε στην εξουσιοδότησή σας για την παροχή της φροντίδας σας.

Διαταραχή χρήσης ουσιών (SUD) και άλλες ευαίσθητες πληροφορίες υγείας

Συμμορφωνόμαστε με τους νόμους που προστατεύουν την εμπιστευτικότητα των φακέλων ασθενών με SUD και άλλων εξαιρετικά ευαίσθητων πληροφοριών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά των πληροφοριών που σχετίζονται με τον HIV, των γενετικών πληροφοριών και των σημειώσεων ψυχοθεραπείας. Αυτό το ευαίσθητο PHI μπορεί να χρησιμοποιηθεί ή να γνωστοποιηθεί μόνο σύμφωνα με ορισμένες ειδικές εγγυήσεις εμπιστευτικότητας βάσει της ισχύουσας πολιτειακής και ομοσπονδιακής νομοθεσίας. Τυχόν γνωστοποιήσεις αυτών των τύπων αρχείων θα υπόκεινται σε αυτές τις ειδικές προστατευτικές διατάξεις.

1. Εγκεκριμένοι οργανισμοί υπηρεσιών. Η VNS Health Behavioral Health μπορεί να αποκαλύψει το PHI σε έναν εγκεκριμένο οργανισμό υπηρεσιών («QSO») χωρίς τη συγκατάθεσή σας, όπως απαιτείται για την παροχή υπηρεσιών από τον QSO προς Εμάς. Ως QSO νοείται κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που παρέχει υπηρεσίες σε Εμάς και έχει συνάψει γραπτή συμφωνία με Εμάς, η οποία αναγνωρίζει ότι: (i) κατά την παραλαβή, αποθήκευση, επεξεργασία ή άλλη διαχείριση οποιουδήποτε αρχείου ασθενών με SUD από Εμάς δεσμεύεται πλήρως από τους ομοσπονδιακούς νόμους περί εμπιστευτικότητας και (ii), εάν είναι απαραίτητο, θα αντισταθεί σε δικαστικές διαδικασίες σε κάθε προσπάθεια πρόσβασης σε αρχεία SUD, εκτός εάν επιτρέπεται από το νόμο.

2. Περιορισμοί στη συγκατάθεση για την κοινοποίηση αρχείων/πληροφοριών SUD.

Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία, απαιτείται η γραπτή συγκατάθεσή σας για την κοινοποίηση των αρχείων της θεραπείας SUD σας. Μπορείτε να παραχωρήσετε τη συγκατάθεσή σας για πολλαπλές τρέχουσες ή/και μελλοντικές χρήσεις και γνωστοποιήσεις, καθώς και για την εκ νέου γνωστοποίηση των αρχείων ή των πληροφοριών SUD σας. Τα αρχεία και οι πληροφορίες SUD δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κίνηση, τη διερεύνηση ή την υποστήριξη οποιασδήποτε αστικής, ποινικής, διοικητικής ή νομοθετικής διαδικασίας εναντίον σας, εκτός εάν παραχωρήσετε συγκεκριμένη γραπτή συγκατάθεση ή εάν το δικαστήριο εκδώσει εντολή αφότου έχετε λάβει ενημέρωση και την ευκαιρία ακρόασης. Οποιαδήποτε δικαστική απόφαση που επιτρέπει τη χρήση ή τη γνωστοποίηση πρέπει να συνοδεύεται από κλήτευση ή άλλη έννομη απαίτηση πριν από τη χρήση των αρχείων ή τη διεξαγωγή διαδικασιών από οποιαδήποτε ομοσπονδιακή, πολιτειακή ή τοπική αρχή. Εάν ένας ασθενής με SUD συναινεί στη χρήση αρχείων ή πληροφοριών SUD σε οποιαδήποτε νομική διαδικασία, η συγκατάθεση πρέπει να είναι συγκεκριμένη για την εν λόγω διαδικασία κατά του ασθενούς με SUD και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλα έντυπα συγκατάθεσης. Επιπλέον, τα αρχεία SUD που προστατεύονται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία δεν θα κοινοποιηθούν σε άλλα μέλη του VNS Health OHCA, εκτός εάν αυτή η γνωστοποίηση επιτρέπεται από τον νόμο.

- 3. Άλλες ευαίσθητες πληροφορίες.** Ορισμένες ευαίσθητες πληροφορίες για την υγεία προστατεύονται από τους νόμους περί απορρήτου της πολιτείας της Νέας Υόρκης, επιπλέον του HIPAA και άλλων ομοσπονδιακών προστασιών. Αυτοί οι πολιτειακοί νόμοι ενδέχεται να σας παρέχουν ισχυρότερα δικαιώματα απορρήτου από αυτά που παρέχονται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία, συμπεριλαμβανομένων ειδικών προστασιών για πληροφορίες που σχετίζονται με θεραπείες για την ψυχική υγεία, θεραπείες για διαταραχές χρήσης ουσιών, πληροφορίες που σχετίζονται με τον HIV, γενετικές πληροφορίες και άλλα ευαίσθητα προβλήματα υγείας. Όταν η νομοθεσία της πολιτείας της Νέας Υόρκης παρέχει μεγαλύτερη προστασία απορρήτου από την ομοσπονδιακή νομοθεσία, ακολουθούμε την πιο προστατευτική νομοθεσία. Τα δικαιώματά σας σύμφωνα με τις εν λόγω νομοθεσίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν πρόσθετες απαιτήσεις συγκατάθεσης ή περιορισμούς σχετικά με τον τρόπο χρήσης ή γνωστοποίησης ορισμένων πληροφοριών.

Επικοινωνίες αναφορικά με ραντεβού, πληροφορίες και υπηρεσίες

Ενδέχεται να επικοινωνήσουμε μαζί σας ή με τον καθορισμένο αντιπρόσωπό σας μέσω email, μηνύματος κειμένου, τηλεφωνικών κλήσεων (αυτοματοποιημένων ή με χρήση τεχνητής φωνής) χρησιμοποιώντας αυτοματοποιημένα ή προηχογραφημένα μηνύματα, για να παρέχουμε υπενθυμίσεις για ραντεβού και επισκέψεις, έρευνες ικανοποίησης ασθενών, email καλωσορίσματος στο πρόγραμμα και ενημερωτικά δελτία ή πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές θεραπείες ή άλλες υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία. Η συχνότητα αυτών των μηνυμάτων θα διαφέρει.

- 1. Δικαίωμα εξαίρεσης.** Έχετε το δικαίωμα να εξαιρεθείτε από τη λήψη κλήσεων και μηνυμάτων κειμένου, ακολουθώντας τις ισχύουσες οδηγίες κατάργησης εγγραφής ή εξαίρεσης που παρέχονται, στέλνοντας το μήνυμα «STOP» (ΔΙΑΚΟΠΗ) ή επικοινωνώντας με τη VNS Health ή με τον καθορισμένο τρίτο προμηθευτή της. Ενδέχεται να ισχύουν τυπικές χρεώσεις μηνυμάτων και δεδομένων. Εάν δεν επιθυμείτε πλέον να λαμβάνετε μηνύματα email, μπορείτε να κάνετε κλικ στον υπερσύνδεσμο με τίτλο «Unsubscribe» (Κατάργηση εγγραφής) στο κάτω μέρος οποιουδήποτε email έχει σταλεί σε εσάς από τη

VNS Health και, στη συνέχεια, ακολουθήστε τις οδηγίες για να καταργήσετε την εγγραφή σας από το email. Η συγκατάθεσή σας για τη λήψη τηλεφωνικών κλήσεων, μηνυμάτων κειμένου, email ή/και αυτοματοποιημένων τηλεφωνικών κλήσεων ή κλήσεων με χρήση τεχνητής φωνής δεν αποτελεί προϋπόθεση για τη λήψη άλλων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τη VNS Health.

- 2. Ασφάλεια.** Λάβετε υπόψη ότι οι επικοινωνίες που μεταδίδονται μέσω μη κρυπτογραφημένου email, μηνύματος κειμένου ή μέσω ανοιχτού δικτύου ενδέχεται να είναι εγγενώς μη ασφαλείς και δεν υπάρχει διασφάλιση εμπιστευτικότητας για πληροφορίες που κοινοποιούνται με αυτόν τον τρόπο. Επιπλέον, τα μηνύματα email και τα μηνύματα κειμένου έχουν εγγενείς κινδύνους για το απόρρητο, ειδικά όταν η πρόσβαση στον υπολογιστή ή την κινητή συσκευή σας δεν προστατεύεται με κωδικό πρόσβασης.

Επικοινωνίες συγκέντρωσης χρημάτων

Ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης, η μητρική μας εταιρεία, VNS Health, ενδέχεται να χρησιμοποιήσει περιορισμένες πληροφορίες προκειμένου να επικοινωνήσει μαζί σας για σκοπούς συγκέντρωσης χρημάτων. Αυτές οι πληροφορίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν το όνομα, τη διεύθυνση, τον αριθμό τηλεφώνου, τη διεύθυνση email σας, τις ημερομηνίες παροχής υπηρεσιών, το τμήμα παροχής υπηρεσιών, τον θεράποντα πάροχο ή πληροφορίες σχετικά με την έκβαση, όπως επιτρέπεται από τον νόμο. Οι πληροφορίες που σχετίζονται με τη θεραπεία SUD προστατεύονται από την ομοσπονδιακή νομοθεσία και δεν χρησιμοποιούνται για σκοπούς συγκέντρωσης χρημάτων.

Έχετε το δικαίωμα να εξαιρεθείτε από τη λήψη επικοινωνιών συγκέντρωσης χρημάτων ανά πάσα στιγμή, επικοινωνώντας με την παρακάτω διεύθυνση email ή αριθμό τηλεφώνου (βλ. Στοιχεία επικοινωνίας), χρησιμοποιώντας τα στοιχεία επικοινωνίας που παρέχονται στην επικοινωνία συγκέντρωσης χρημάτων ή συμπληρώνοντας και ταχυδρομώντας την προεκτυπωμένη, προπληρωμένη ταχυδρομική κάρτα που περιέχεται στην επικοινωνία συγκέντρωσης χρημάτων.

Ανταλλαγή πληροφοριών υγείας.

Συμμετέχουμε σε ασφαλείς Ανταλλαγές πληροφοριών υγείας (HIE), που συμμορφώνονται με το HIPAA, όπως αυτές που διαχειρίζονται οι Healthix, Bronx RHIO και Hixny. Οι HIE βοηθούν στον αποτελεσματικό συντονισμό της φροντίδας των ασθενών, επιτρέποντας στους παρόχους υπηρεσιών ή φροντίδας που εμπλέκονται στη φροντίδα σας να γνωστοποιούν πληροφορίες μεταξύ τους με ασφαλή και έγκαιρο τρόπο. Εάν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, να γνωστοποιήσουμε και να αποκτήσουμε πρόσβαση στο PHI σας μέσω των HIE στα οποία συμμετέχουμε για σκοπούς θεραπείας, πληρωμής και λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Έχετε το δικαίωμα να εξαιρεθείτε από τη γνωστοποίηση του PHI σας σε ή μέσω HIE. Ωστόσο, οι πληροφορίες που αποστέλλονται σε ή μέσω HIE πριν από την επεξεργασία της εξαίρεσής σας ενδέχεται να συνεχίσουν να διατηρούνται από την HIE και να είναι προσβάσιμες μέσω αυτής.

Τα δικαιώματά σας

Όταν πρόκειται για το PHI σας, έχετε ορισμένα δικαιώματα:

- 1. Δικαίωμα επιθεώρησης και αντιγραφής.** Εσείς ή ο εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπός σας, έχετε το δικαίωμα να επιθεωρήσετε ή να ζητήσετε αντίγραφο του PHI που διατηρούμε

για εσάς. Τα αιτήματα πρέπει να αποστέλλονται στο Τμήμα ιατρικών αρχείων μέσω email στη διεύθυνση records.requests@vnshealth.org. Το αίτημά σας θα πρέπει να περιγράφει τις πληροφορίες που θέλετε να ελέγξετε και τη μορφή στην οποία θέλετε να τα ελέγξετε. Εάν διατηρούμε ηλεκτρονικό αρχείο υγείας που περιέχει τις πληροφορίες σας, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να στείλουμε ένα αντίγραφο το PHI σας σε ηλεκτρονική μορφή σε εσάς ή σε τρίτο μέρος που προσδιορίζετε. Ενδέχεται να αρνηθούμε να σας επιτρέψουμε να επιθεωρήσετε ή να λάβετε αντίγραφα αυτών των πληροφοριών σε ορισμένες περιορισμένες περιπτώσεις. Ενδέχεται να σας χρεώσουμε ένα εύλογο τέλος βάσει του κόστους για την έκδοση των αρχείων σας. Ενδέχεται επίσης να αρνηθούμε ένα αίτημα πρόσβασης στο PHI υπό ορισμένες συνθήκες, εάν υπάρχει πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον εαυτό σας ή σε άλλους. Εάν αρνηθούμε ένα αίτημα πρόσβασης για αυτόν τον σκοπό, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε επανεξέταση της άρνησής μας σύμφωνα με τις απαιτήσεις της ισχύουσας νομοθεσίας, υποβάλλοντας αίτημα για επανεξέταση στον Υπεύθυνο προστασίας απορρήτου της VNS Health.

2. **Δικαίωμα αιτήματος τροποποιήσεων.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε αλλαγές σε οποιοδήποτε PHI διατηρούμε για εσάς, εάν αναφέρετε έναν λόγο για τον οποίο αυτές οι πληροφορίες είναι εσφαλμένες ή ελλιπείς. Το αίτημά σας πρέπει να είναι γραπτό και πρέπει να εξηγεί γιατί οι πληροφορίες πρέπει να διορθωθούν ή να ενημερωθούν. Ενδέχεται να αρνηθούμε το αίτημά σας υπό ορισμένες συνθήκες και να παράσχουμε γραπτή εξήγηση.
3. **Δικαίωμα στη λογιστική των γνωστοποιήσεων.** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε κατάλογο των κοινοποιήσεων του PHI σας από εμάς. Η λίστα δεν θα περιλαμβάνει γνωστοποιήσεις που γίνονται για συγκεκριμένους σκοπούς, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, γνωστοποιήσεων για θεραπεία, πληρωμής ή λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, ή γνωστοποιήσεις που εξουσιοδοτήσατε εγγράφως. Το αίτημά σας θα πρέπει να προσδιορίζει τη χρονική περίοδο που καλύπτεται από το αίτημά σας, η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει τα έξι χρόνια. Την πρώτη φορά που θα ζητήσετε μια λίστα γνωστοποιήσεων σε οποιαδήποτε περίοδο 12 μηνών, θα σας παρασχεθεί χωρίς κόστος. Εάν ζητήσετε πρόσθετες λίστες εντός της περιόδου 12 μηνών, ενδέχεται να σας χρεώσουμε μια συμβολική τιμή.
4. **Δικαίωμα αιτήματος περιορισμών.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε περιορισμούς στους τρόπους με τους οποίους χρησιμοποιούμε και γνωστοποιούμε το PHI σας. Ενώ θα εξετάσουμε προσεκτικά όλα τα αιτήματα για πρόσθετους περιορισμούς, δεν υποχρεομαστε να συμμορφωθούμε με το αίτημά σας, εκτός από περιορισμούς στις χρήσεις ή γνωστοποιήσεις για σκοπούς διενέργειας πράξεων πληρωμής ή λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, όπου έχετε καταβάλει τον λογαριασμό «άμεσα» στο ακέραιο. Εάν συμφωνήσουμε σε έναν αιτούμενο περιορισμό, δεν θα αποκαλύψουμε το PHI σας σύμφωνα με τον συμφωνηθέντα περιορισμό.
5. **Δικαίωμα αιτήματος εμπιστευτικών επικοινωνιών.** Έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε να σας στείλουμε το PHI με διαφορετικό τρόπο ή σε διαφορετική τοποθεσία. Το αίτημά σας για εναλλακτική μορφή επικοινωνίας θα πρέπει επίσης να προσδιορίζει πού ή/και πώς πρέπει να επικοινωνήσουμε μαζί σας.
6. **Δικαίωμα ανάκλησης συγκατάθεσης.** Εάν μας παράσχετε την εξουσιοδότησή σας, μπορείτε να την ανακαλέσετε ανά πάσα στιγμή. Σε αυτήν την περίπτωση, δεν θα χρησιμοποιήσουμε ούτε θα γνωστοποιήσουμε πλέον το PHI σας για τον σκοπό για τον οποίο παρείχατε την εξουσιοδότηση, εκτός από τον βαθμό που βασιστήκαμε στην

εξουσιοδότησή σας για την παροχή της φροντίδας σας. Πρέπει να υποβληθεί ανάκληση εξουσιοδότησης στον Υπεύθυνο προστασίας απορρήτου της VNS Health στη διεύθυνση που παρέχεται στο τέλος της παρούσας Ειδοποίησης.

- 7. Δικαίωμα γνωστοποίησης για παραβίαση.** Είμαστε υποχρεωμένοι από τον νόμο να διασφαλίζουμε το απόρρητο και την ασφάλεια των προστατευόμενων πληροφοριών σας για την υγεία σας. Έχετε το δικαίωμα να λάβετε γνωστοποίηση, εάν υπάρξει παραβίαση των μη ασφαλών PHI σας, η οποία απαιτεί γνωστοποίηση σύμφωνα με τον HIPAA.
- 8. Δικαίωμα σε έντυπη ή ηλεκτρονική ειδοποίηση.** Πρέπει να τηρούμε τις υποχρεώσεις και τις πρακτικές προστασίας απορρήτου που περιγράφονται στην παρούσα ειδοποίηση και να σας παρέχουμε ένα αντίγραφο αυτής. Έχετε το δικαίωμα λήψης ενός έντυπου αντιγράφου αυτής της Ειδοποίησης ανά πάσα στιγμή. Μπορείτε να λάβετε ένα έντυπο αντίγραφο αυτής της Ειδοποίησης, γράφοντας στον Υπεύθυνο προστασίας απορρήτου της VNS Health. Μπορείτε επίσης να εκτυπώσετε ένα αντίγραφο αυτής της Ειδοποίησης, μεταβαίνοντας στον ιστότοπό μας στη διεύθυνση www.vnshealth.org.
- 9. Δικαίωμα να επιλέξετε κάποιο άτομο να ενεργήσει για λογαριασμό σας.** Εάν κάποιος είναι ο πληρεξούσιος υγειονομικής περίθαλψης ή ο νόμιμος κηδεμόνας σας, το εν λόγω πρόσωπο μπορεί να ασκεί τα δικαιώματά σας και να κάνει επιλογές σχετικά με το PHI σας.
- 10. Καταγγελίες.** Εάν πιστεύετε ότι τα δικαιώματα απορρήτου ή ασφάλειάς σας έχουν παραβιαστεί, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία στον Υπεύθυνο προστασίας απορρήτου της VNS Health. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στον Υπουργό Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ («HHS»). Θα σας δώσουμε τη διεύθυνση για να υποβάλετε την καταγγελία σας στο HHS κατόπιν αιτήματος. Οι καταγγελίες μπορούν να υποβληθούν ταχυδρομικώς στη διεύθυνση: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, τηλεφωνικώς στο 1-800-368-1019 ή ηλεκτρονικά στη διεύθυνση: <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. Δεν θα υποστείτε κυρώσεις ή αντίποινα από εμάς για την υποβολή καταγγελίας.

Ειδοποίηση παραβίασης

Είμαστε υποχρεωμένοι από τον νόμο να σας ειδοποιήσουμε εάν ανακαλύψουμε ότι σημειώθηκε παραβίαση των μη ασφαλών PHI σας, εκτός εάν διαπιστώσουμε ότι υπάρχει μικρή πιθανότητα να έχει παραβιαστεί το απόρρητο ή η ασφάλεια των PHI σας. Θα ειδοποιηθείτε εγκαίρως, το αργότερο εξήντα (60) ημέρες μετά την ανακάλυψη της παραβίασης, εκτός εάν απαιτείται ειδοποίηση νωρίτερα βάσει της κρατικής νομοθεσίας.

Αλλαγές στην παρούσα ειδοποίηση

Μπορούμε να αλλάξουμε τους όρους της παρούσας Ειδοποίησης Πρακτικών Απορρήτου ανά πάσα στιγμή. Εάν αλλάξουν οι όροι της Ειδοποίησης, οι νέοι όροι θα ισχύουν για όλο το PHI σας, είτε δημιουργήθηκαν είτε ελήφθησαν από τη VNS Health OHCA πριν ή μετά την ημερομηνία αλλαγής της Ειδοποίησης. Οποιοσδήποτε ενημερώσεις στην Ειδοποίηση θα είναι διαθέσιμες στη διεύθυνση vnshealth.org.

Απορίες

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή σχόλια σχετικά με τις πρακτικές απορρήτου μας ή την παρούσα Ειδοποίηση, ή εάν θέλετε μια πιο λεπτομερή εξήγηση σχετικά με τα δικαιώματα απορρήτου σας, επικοινωνήστε με τον Υπεύθυνο προστασίας απορρήτου της VNS Health, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία επικοινωνίας που παρέχονται στο τέλος της παρούσας Ειδοποίησης.

Στοιχεία επικοινωνίας

Όταν επικοινωνείτε μαζί μας σχετικά με την παρούσα Ειδοποίηση, τις πρακτικές απορρήτου μας ή τα δικαιώματα ασφάλειας απορρήτου σας, απευθυνθείτε στον Υπεύθυνο προστασίας απορρήτου της VNS Health χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας:
VNS Health, 220 East 42nd Street, 6th Floor, New York, NY 10017; Attn: Privacy Officer,
Τηλέφωνο: 1-800-675-0391; Email: HIPAA@vnshealth.org