

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЮТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

Обязательство сохранения неприкосновенности

VNS Health обязуется защищать неприкосновенность и конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (PHI). Согласно требованиям Закона о преимуществах и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) от 1996 года мы будем использовать или раскрывать вашу PHI исключительно в соответствии с положениями настоящего Уведомления. Мы предусмотрели административные, технические и физические меры защиты, направленные на обеспечение конфиденциальности, целостности и безопасности вашей PHI в соответствии с действующими федеральными законами и законами штата New York.

Кто соблюдает положения настоящего Уведомления?

Положения настоящего Уведомления соблюдаются поставщиками медицинских услуг и планами медицинского страхования, перечисленными ниже:

<p>VNS Health Behavioral Health, Inc. (осуществляет свою деятельность под наименованием VNS Health Behavioral Health)</p>	<p>Visiting Nurse Service of New York Hospice Care (осуществляет свою деятельность под наименованием VNS Health Hospice Care)</p>
<p>VNS CHOICE (осуществляет свою деятельность под наименованием VNS Health Health Plans)</p>	<p>New Partners, Inc. (осуществляет свою деятельность под наименованием VNS Health Personal Care)</p>
<p>Visiting Nurse Service of New York Home Care II (осуществляет свою деятельность под наименованием VNS Health Home Care)</p>	<p>Medical Care at Home, P.C.</p>

Каждый поставщик медицинских услуг и план медицинского страхования из перечисленных выше участвует в Соглашении о совместной деятельности в сфере здравоохранения VNS Health (VNS Health OHCA или «мы»). Главной целью VNS Health OHCA является улучшение качества оказываемой нами медицинской помощи. В этой связи члены OHCA (а также их сотрудники, бизнес-партнеры и некоторые субподрядчики, оказывающие услуги по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (SUD)) обязаны соблюдать положения настоящего Уведомления. Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI согласно положениям настоящего Уведомления, кроме тех случаев, когда вы предоставляете нам письменное разрешение поступать иначе. Такое разрешение следует отправить по нижеуказанному адресу.

Члены VNS Health OHCA также могут использовать вашу PHI и обмениваться ею друг с другом для управления совместной операционной деятельностью, в том числе вопросами лечения, оплаты и медицинского обслуживания. Обратите внимание, что настоящее Уведомление не влияет на независимый корпоративный или правовой статус любого члена VNS Health OHCA и не возлагает на него солидарную ответственность за небрежность, ошибки и нарушения требований со стороны других членов OHCA.

Как мы используем и передаем вашу PHI

1. **Использование и раскрытие информации в целях обеспечения лечения, оплаты и осуществления медицинской деятельности.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для оказания вам медицинской помощи или проведения лечения, получения оплаты, а также осуществления нашей медицинской деятельности:
 - a. **Управление лечением и медицинским обслуживанием.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для содействия оказанию услуг, медицинской помощи и проведению лечения, которые мы обеспечиваем, их координации с другими поставщиками услуг или управлению. Например, (1) ваш врач VNS Health может обсуждать состояние вашего здоровья с вашим врачом для планирования получаемых вами на дому клинических услуг; или (2) мы также можем оставить PHI у вас дома в целях необходимого информирования других лиц, осуществляющих уход за вами.
 - b. **Оплата.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в целях осуществления нашей собственной деятельности, связанной с оплатой услуг, а также с целью содействия другим поставщикам медицинских услуг в осуществлении деятельности, связанной с оплатой услуг. Осуществляемая нами деятельность, связанная с оплатой услуг, включает в себя проверку вашего права на получение льгот и получение оплаты от иных страховщиков, предоставляющих вам страховое покрытие, в том числе от федеральных ведомств и ведомств штата.
 - c. **Осуществление медицинской деятельности.** Мы можем использовать и раскрывать PHI о вас для поддержки наших процессов, которые включают в себя управление обслуживанием, принятие мер, направленных на повышение качества обслуживания, оценку качества и эффективности нашей работы и рассмотрение ваших жалоб или претензий. Мы также можем использовать и раскрывать вашу PHI для содействия другим поставщикам услуг или медицинской помощи при осуществлении их медицинской деятельности или оказании ими услуг по лечению SUD.
2. **Другие разрешенные виды использования и раскрытия.** Мы также можем использовать и раскрывать вашу PHI в следующих целях:
 - a. **В целях, предусмотренных законом.** Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI во исполнение требований какого-либо действующего законодательства штата, а также федерального и местного законодательства.

- b. В целях защиты здоровья населения и безопасности.** Мы можем раскрывать PHI государственным органам или другим организациям, осуществляющим деятельность в сфере здравоохранения, например сообщать о количестве рожденных, получивших травмы или инвалидность, а также умерших. Мы можем раскрывать вашу PHI соответствующим государственным органам или (в ограниченных случаях) частным организациям, оказывающим помощь при стихийных бедствиях, в целях реагирования на биотерроризм или иные аналогичные угрозы здоровью населения или безопасности, в том числе, без ограничения, для профилактики или контроля инфекционных заболеваний или решения проблем, связанных с продукцией, которую регулирует Food and Drug Administration, или для предотвращения серьезных угроз здоровью или безопасности.
- c. В целях защиты жертв жестокого обращения, халатности или домашнего насилия.** Мы можем раскрывать вашу PHI соответствующим правительственным учреждениям, если считаем, что вы стали жертвой жестокого обращения, пренебрежения или бытового насилия, и вы даете свое согласие на раскрытие такой информации, или же в случаях, когда раскрытие такой информации необходимо или разрешено в соответствии с законом. Мы сообщим вам о раскрытии нами вашей PHI в этих целях, за исключением случаев, когда сообщение об этом вам или лицу, осуществляющему уход за вами, может, по нашему мнению, поставить под серьезную угрозу вашу безопасность или безопасность другого лица.
- d. Для содействия надзору в сфере здравоохранения.** Мы можем раскрывать вашу PHI контрольно-надзорным органам в сфере здравоохранения, проводящим инспекционные мероприятия, санкционированные на законодательном уровне, такие как проверки, расследования и инспекции, предусмотренные в рамках лицензирования.
- e. В рамках юридических разбирательств и административных процедур.** Мы можем быть обязаны раскрывать вашу PHI в рамках юридических разбирательств или административных процедур или при ответе на законное распоряжение, повестку в суд или иной законно изданный судебный приказ.
- f. В рамках правоохранительных мер.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию правоохранительным органам в ответ на постановление суда, судебный ордер, вызов в суд или аналогичное требование, для содействия в выявлении или обнаружении подозреваемого или пропавшего без вести, для предоставления сведений о жертве преступления, о смерти, которая, по нашему мнению, может быть результатом преступных действий, или о доказательствах преступного поведения на наших объектах, а также, в чрезвычайных ситуациях, для сообщения о преступлении, месте преступления или потерпевших либо для идентификации, описания или определения местонахождения лица, совершившего преступление.
- g. Для сообщения об умерших.** При необходимости и в рамках, предусмотренных законом, мы можем раскрыть вашу PHI судебному следователю, судебно-медицинскому эксперту или директору похоронного бюро.

- h. Для донорства органов и тканей.** Мы можем раскрывать PHI центрам по забору и хранению донорских органов и другим аналогичным организациям с целью содействия им в рамках мероприятий, связанных с донорством, хранением и трансплантацией органов или тканей.
- i. В исследовательских целях.** Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в научно-исследовательских целях, например в рамках исследований, посвященных сравнению преимуществ различных вариантов лечения, полученного нашими участниками, или исследований, связанных с повышением качества предоставляемого ухода. Мы будем использовать или раскрывать вашу PHI в научно-исследовательских целях только после одобрения такого использования или раскрытия информации экспертным советом нашей организации (IRB). В определенных случаях перед использованием вашей PHI в научно-исследовательских целях мы должны получить от вас письменное разрешение.
- j. В рамках специальных функций государственных органов.** Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI для содействия осуществлению некоторых видов государственной деятельности. Если вы служите в вооруженных силах Соединенных Штатов Америки или другого государства, мы можем раскрыть вашу PHI компетентным военным ведомствам в соответствующем объеме. Мы также можем раскрывать вашу PHI служащим федеральных организаций в связи с проведением законных разведывательных операций или операций в сфере обеспечения национальной безопасности.
- k. В целях компенсационных выплат работникам в связи с травмами на рабочем месте.** Мы можем использовать вашу PHI и раскрывать ее в соответствии с нормами законодательства, регламентирующими функционирование программ компенсационных выплат работникам в связи с травмами на рабочем месте и других аналогичных программ, обеспечивающих льготы в связи с профессиональным травматизмом или заболеваниями.
- l. Членам семьи и лицам, участвующим в вашем медицинском обслуживании.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию членам вашей семьи, другим родственникам и близким друзьям, оказывающим вам помощь в получении медицинского обслуживания. Если мы можем с вами связаться, мы дадим вам возможность возразить против такого раскрытия информации, и мы не будем раскрывать ее, если вы возражаете. Если мы не можем с вами связаться, мы определим, будет ли раскрытие информации вашей семье или друзьям отвечать вашим интересам, с учетом обстоятельств и на основании нашего профессионального суждения.
- m. Случайное использование и раскрытие информации.** Иногда происходит случайное использование и раскрытие вашей PHI, что не считается нарушением ваших прав. Случайное использование и раскрытие PHI являются побочным следствием ее разрешенного использования или раскрытия. Такие случаи происходят редко и не могут быть разумно предотвращены.

Получение вашего разрешения на использование и раскрытие вашей PHI в других целях

В некоторых случаях использование и раскрытие вашей PHI будет производиться только с вашего письменного согласия, включая использование и/или раскрытие: (a) записей психотерапевта (при необходимости), (b) в маркетинговых целях, а также (c) в случаях, представляющих собой продажу медицинской информации согласно правилам защиты конфиденциальности. Мы не будем использовать или раскрывать вашу PHI в целях, которые не указаны в настоящем Уведомлении, если мы не получили на это письменного разрешения от вас или вашего официального представителя. Если вы предоставили нам письменное разрешение, вы можете в любой момент отозвать его; в этом случае мы не будем более использовать или раскрывать вашу PHI в целях, для которых было предоставлено разрешение; использование и раскрытие информации в таком случае будет осуществляться в соответствии с данным разрешением лишь в мере, необходимой для предоставления вам медицинской помощи.

Информация о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (SUD), и другая конфиденциальная информация о состоянии здоровья

Мы соблюдаем законы, защищающие конфиденциальность документации пациентов с SUD и другую строго конфиденциальную информацию о состоянии здоровья, в том числе, без ограничения, информацию о статусе ВИЧ, генетическую информацию и записи психотерапевта. Такая конфиденциальная PHI может использоваться или раскрываться в соответствии с установленными особыми мерами по обеспечению конфиденциальности согласно действующему законодательству штата и федеральному законодательству. Любое раскрытие такой информации и документации требует принятия особых мер защиты.

- 1. Квалифицированные обслуживающие организации.** VNS Health Behavioral Health может раскрывать PHI квалифицированной обслуживающей организации (QSO) без вашего согласия по мере необходимости с целью обеспечения возможности для QSO оказывать нам услуги. QSO является физическим или юридическим лицом, которое оказывает услуги нам и заключило с нами письменное соглашение, в котором указано, что: (i) при получении, хранении, обработке или ином обращении с какими-либо документами пациентов с SUD оно обязано соблюдать все федеральные законы о конфиденциальности информации и (ii) при необходимости оно будет оказывать сопротивление в рамках судебных разбирательств любым попыткам получить доступ к документам о SUD, кроме тех случаев, когда это допускается законом.
- 2. Ограничения согласия на передачу документации/информации о SUD.** Согласно федеральному законодательству, для передачи вашей документации о лечении SUD требуется ваше письменное согласие. Ваше согласие на использование и передачу вашей документации или информации о SUD, в том числе повторную передачу, может быть предоставлено для различных текущих и/или будущих целей. Документация и информация о SUD не может использоваться для инициирования, расследования или обоснования каких-либо обвинений в отношении вас в рамках любого гражданского, уголовного, административного или законодательного разбирательства, кроме тех случаев, когда вы предоставили соответствующее

письменное согласие или суд вынес постановление после направления вам уведомления и предоставления вам возможности высказаться. Любое постановление суда, разрешающее использование или раскрытие информации, должно сопровождаться повесткой или иным законным требованием, чтобы допустить использование записей или проведение разбирательств каким-либо федеральным, региональным или местным органом. Если пациент с SUD соглашается на использование документации или информации о SUD в любых судебных разбирательствах, согласие должно иметь отношение к конкретному разбирательству с участием пациента с SUD и не может быть объединено с другими формами согласия. Кроме того, документация пациента с SUD, защищаемая федеральным законодательством о конфиденциальности информации, не будет передаваться другим членам VNS Health OHCA, кроме тех случаев, когда такое раскрытие разрешено законом.

- 3. Иная конфиденциальная информация.** Определенная конфиденциальная информация о состоянии здоровья защищена законами штата New York о конфиденциальности информации, а также законом HIPAA и другими федеральными мерами защиты. Эти законы, действующие на уровне штата, могут наделять вас большими правами в отношении обеспечения конфиденциальности информации по сравнению с правами, предусмотренными в рамках федерального законодательства, в том числе обеспечивать особые меры защиты в отношении информации, которая касается лечения психических заболеваний, расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивных веществ, информации о статусе ВИЧ, генетической информации и информации о других деликатных заболеваниях. Если штат New York предоставляет вам расширенные меры защиты по сравнению с теми, которые предоставляются федеральным законодательством, мы будем придерживаться законов, обеспечивающих большую защиту. Ваши права в рамках таких законов могут подразумевать дополнительные требования в отношении предоставления согласия или ограничения в связи с использованием или передачей определенной информации.

Коммуникация в связи с приемами, передачей информации и услугами

Мы можем связываться с вами или вашим назначенным представителем по электронной почте, с помощью текстовых сообщений, по телефону и/или посредством автоматизированных звонков или звонков, совершаемых искусственным интеллектом, используя автоматизированные или заранее записанные сообщения для напоминания о приемах и посещениях, проведения опросов пациентов о качестве обслуживания, рассылки электронных писем, приветствующих новых участников программы, или информационных бюллетеней, а также передачи информации об альтернативных вариантах лечения или других услугах, связанных со здоровьем. Периодичность таких сообщений может быть различной.

- 1. Право на отказ.** Вы можете отказаться от получения звонков и текстовых сообщений, выполнив предоставленные вам инструкции по отмене подписки на уведомления либо отказу от получения звонков и сообщений, отправив сообщение с текстом STOP (СТОП) или обратившись в VNS Health либо к уполномоченному этой компанией стороннему поставщику услуг. Может взиматься стандартная плата за

отправку сообщений и передачу данных. Если вы больше не хотите получать электронные письма, вы можете нажать на гиперссылку Unsubscribe («Отписаться») в нижней части любого отправленного вам электронного письма от VNS Health, а затем выполнить указания по отписке от рассылки по электронной почте. Ваше согласие на получение звонков, текстовых сообщений, электронных писем и/или автоматизированных звонков или звонков, совершаемых искусственным интеллектом, не является условием получения вами других медицинских услуг от VNS Health.

- 2. Безопасность.** Обратите внимание, что сообщения, передаваемые в незашифрованном сообщении электронной почты, текстовом сообщении или по открытой сети могут быть небезопасными сами по себе, и конфиденциальность информации, передаваемой таким образом, не обеспечивается. Кроме того, электронным письмам и текстовым сообщениям присущи риски конфиденциальности, особенно если доступ к вашему компьютеру или мобильному устройству не защищен паролем.

Сообщения о сборе средств

Поскольку мы являемся некоммерческой организацией здравоохранения, наше головное агентство, VNS Health, может использовать ограниченную информацию для обращения к вам с целью сбора средств. Данная информация может включать ваше имя, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, даты получения услуг, наименование отделения, которое оказывало вам услуги, информацию о поставщике услуг, который проводил лечение, или информацию об исходе лечения, если это допускается законодательством. Информация, касающаяся лечения SUD и защищаемая федеральным законодательством, не используется в целях сбора средств.

Вы имеете право отказаться от получения сообщений о сборе средств в любое время, обратившись по адресу электронной почты или номеру телефона, указанным ниже (см. раздел «Контактная информация»), используя контактную информацию, содержащуюся в сообщении о сборе средств, или заполнив и отправив по почте готовую открытку с предоплаченным почтовым сбором, которая прилагается к сообщению о сборе средств.

Обмен медицинской информацией

Мы являемся участниками безопасных организаций по обмену медицинской информацией (HIE), которые выполняют требования HIPAA, например находящихся под управлением Healthix, Bronx RHIO и Hixny. HIE помогают эффективно управлять обслуживанием пациентов, позволяя поставщикам услуг или медицинской помощи, которые занимаются вашим здоровьем, передавать информацию друг другу безопасным и своевременным образом. Если вы предоставите согласие, мы сможем использовать, раскрывать вашу PHI и получать к ней доступ через HIE, участниками которых мы являемся, в целях проведения лечения, оплаты и осуществления медицинской деятельности. Вы имеете право отказаться от раскрытия вашей PHI HIE или через HIE. При этом информация, которая отправляется HIE или через HIE до обработки вашего отказа, может по-прежнему обслуживаться HIE и предоставляться посредством HIE.

Ваши права

Вы обладаете определенными правами в отношении вашей PHI:

- 1. Право на доступ к информации для ее проверки и получения копий.** Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право осуществить проверку или запросить копию содержащейся у нас PHI о вас. Запросы следует направлять в отдел медицинской документации по электронной почте на адрес records.requests@vnshealth.org. В своем запросе вы должны указать, какую информацию вы хотите изучить, и формат, в котором вы желаете ее получить. Если мы ведем электронную медицинскую карту с вашей информацией, вы можете потребовать отправить вам или указанному вами третьему лицу копию вашей PHI в электронном виде. В некоторых ограниченных случаях мы можем отказать вам в проверке или получении копии такой информации. Мы можем взимать с вас обоснованную плату с учетом понесенных затрат за изготовление копий вашей документации. При определенных обстоятельствах мы также можем отклонить запрос на доступ к PHI, если это может повлечь нанесение ущерба вам или другим людям. Если мы отклоняем запрос на доступ к информации по этим основаниям, вы имеете право на обжалование нашего отказа в соответствии с требованиями применимого законодательства и можете подать запрос на проверку сотруднику по вопросам конфиденциальности VNS Health.
- 2. Право запрашивать внесение изменений.** Вы вправе запросить внести изменения в любую имеющуюся у нас PHI о вас при условии, что вы указываете причину, по которой эту информацию следует считать неверной или неполной. Ваш запрос должен быть оформлен в письменном виде, и в нем должны быть изложены причины того, почему информацию следует исправить или обновить. Мы можем отклонить ваш запрос при определенных обстоятельствах и предоставить вам письменное объяснение.
- 3. Право на получение сведений о раскрытии нами вашей информации.** Вы имеете право получить список случаев раскрытия вашей PHI с нашей стороны. Список не будет содержать случаи раскрытия, предусмотренные в определенных целях, к примеру, случаи раскрытия информации в целях проведения лечения, осуществления оплаты, осуществления медицинской деятельности, а также случаи раскрытия, на которые вы дали письменное разрешение. В вашем запросе должны быть указаны временные рамки, которые не могут превышать шести лет. Список случаев раскрытия медицинской информации по первому запросу, поданному за любой 12-месячный период, будет предоставлен бесплатно. За дополнительные списки, запрашиваемые в течение того же самого 12-месячного периода, может взиматься номинальная плата.
- 4. Право на подачу запроса об ограничении использования и раскрытия вашей информации.** Вы имеете право потребовать ограничить использование и раскрытие нами вашей PHI. Несмотря на то, что мы тщательно изучаем все запросы на дополнительные ограничения, мы не обязаны удовлетворять ваш запрос, если он не касается случаев использования или раскрытия в целях выполнения платежей или медицинской деятельности, когда вы самостоятельно оплатили счет в полном

объеме. Если мы согласимся принять запрошенное ограничение, мы не будем раскрывать вашу PHI в соответствии с принятым ограничением.

5. **Право на подачу запроса о конфиденциальных способах связи.** Вы вправе попросить нас направлять вам вашу PHI иным способом или по иному адресу. При подаче запроса необходимо указать, каким образом и/или по какому адресу мы можем связываться с вами.
6. **Право на отзыв согласия.** Если вы предоставили нам разрешение, вы можете в любой момент отозвать его; в этом случае мы не будем более использовать или раскрывать вашу PHI в целях, для которых было предоставлено разрешение; использование и раскрытие информации в таком случае будет осуществляться в соответствии с данным разрешением лишь в мере, необходимой для предоставления вам медицинской помощи. Отзыв разрешения необходимо отправить сотруднику по вопросам конфиденциальности VNS Health на адрес, указанный в конце данного Уведомления.
7. **Право на уведомление о нарушении.** По закону мы обязаны поддерживать конфиденциальность и безопасность вашей защищенной медицинской информации. Вы имеете право получить уведомление, если имело место нарушение конфиденциальности вашей незащищенной PHI, которое подразумевает оформление уведомления в соответствии с HIPAA.
8. **Право получить экземпляр уведомления в бумажном или электронном виде.** Мы обязаны выполнять обязанности и придерживаться порядка в отношении обращения с конфиденциальной информации в соответствии с настоящим Уведомлением и предоставить вам его экземпляр. Вы имеете право на получение в любое время экземпляра настоящего Уведомления на бумажном носителе. Запрос на получение экземпляра настоящего Уведомления на бумажном носителе необходимо направить в письменной форме сотруднику по вопросам конфиденциальности VNS Health. Вы также можете распечатать экземпляр настоящего Уведомления, посетив наш веб-сайт www.vnshealth.org.
9. **Право выбирать кого-либо, кто будет представлять ваши интересы.** Если вы предоставили кому-либо доверенность на принятие решений о медицинской помощи, либо если у вас есть законный опекун, этот человек может осуществлять ваши права и принимать за вас решения, связанные с вашей PHI.
10. **Жалобы.** Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность или безопасность были нарушены, вы можете подать жалобу сотруднику по вопросам конфиденциальности VNS Health. Вы можете также подать жалобу министру U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Мы сообщим вам адрес для отправки вашей жалобы HHS по запросу. Жалобы можно отправить по почте на следующий адрес: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; передать по телефону по номеру 1-800-368-1019; или подать через Интернет по ссылке <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>. Мы не будем предпринимать в отношении вас никаких ответных мер за подачу жалобы.

Уведомление о нарушении

Мы обязаны по закону уведомить вас, если обнаружим нарушение конфиденциальности вашей незащищенной PHI, кроме тех случаев, когда мы приходим к выводу, что вероятность компрометации конфиденциальности или безопасности вашей PHI является низкой. Мы уведомим вас своевременно и не позднее чем через 60 (шестьдесят) дней после выявления нарушения, если законодательство штата не предусматривает отправку уведомления в более короткие сроки.

Изменения и поправки к настоящему Уведомлению.

Мы можем в любое время внести изменения в условия настоящего Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией. В случае внесения таких изменений в условия настоящего Уведомления новые условия применяются ко всей вашей PHI, независимо от того, когда такая информация была создана или получена VNS Health OHCA, — до или после даты внесения изменений в условия Уведомления. Все изменения и поправки к настоящему Уведомлению будут отражены на веб-сайте vnshealth.org.

Вопросы

Если у вас есть какие-либо вопросы или комментарии по поводу нашего порядка обращения с конфиденциальной информацией или по поводу данного Уведомления или если вы хотите получить более подробное пояснение по поводу ваших прав в части обеспечения конфиденциальности, свяжитесь с сотрудником по вопросам конфиденциальности VNS Health, используя контактную информацию, указанную в конце данного Уведомления.

Контактная информация

Для взаимодействия с нами по вопросам, связанным с настоящим Уведомлением, нашим порядком обращения с конфиденциальной информацией или вашими правами в отношении безопасности или конфиденциальности, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности VNS Health, используя следующую контактную информацию: VNS Health, 220 East 42nd Street, 6th Floor, New York, NY 10017; Attn: Privacy Officer; телефон: 1-800-675-0391; адрес электронной почты: HIPAA@vnshealth.org.