

County of Los Angeles Department of Mental Health (DMH)

Отдел Психического Здоровья (DMH) Графства Лос Анджелес
Правило о прайвеси (неприкосновенности частной жизни) HIPAA: 45 C.F.R. §164.530(d)

БЛАНК ЖАЛОБЫ О НАРУШЕНИИ ПРАЙВЕСИ HIPAA

Информация предоставленная Вами останется, по мере возможности, конфиденциальной. Однако, может возникнуть надобность предоставить данную информацию другим лицам, для проведения следствия по Вашему заявлению и требованию. Каждое лицо имеет право подать жалобу. Члены рабочего персонала могут использовать настоящий бланк для сообщения о нарушениях правил HIPAA другими сотрудниками кадров.

СЕКЦИЯ I – Лицо, подающее жалобу о нарушении прайвеси

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ИНИЦ. ОТЧ.	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДОМАШНИЙ № ТЕЛ.
АДРЕС		КВ. №	ГОРОД	ШТАТ
НАИЛУЧШИЙ ПУТЬ СВЯЗАТЬСЯ С ВАМИ				НАИЛУЧШИЕ ЧАСЫ

СЕКЦИЯ II – Бланк жалобы о нарушении прайвеси HIPAA – Согласие объявить Ваши Ф.И.О.

	Я соглашаюсь на объявление моего имени и фамилии для проведения следствия по моей жалобе. (Информация о Вас не будет объявлена по ходу нашего расследования, в рамках предусмотренных законом).
	Я не соглашаюсь на объявление моего имени и фамилии. (Отсутствие возможности употребления Вашего имени и фамилии может осложнить наше следствие).

СЕКЦИЯ III – Жалоба о нарушении прайвеси подается против

ЛИЦА/ОРГАНИЗАЦИИ				№ ТЕЛ.	
АДРЕС	№ КАБИНЕТА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД	

Я имею основания полагать, что данная организация/данное лицо

	Неправомерно раскрыла/о мою медицинскую информацию.		Ненадлежащим образом воспользовалась/ось моей персональной медицинской информацией.
	Ненадлежащим образом распорядилась/ось моей медицинской информацией.		Отклонила/о мою поправку/изменение в моей персональной медицинской информации.
	Отказала/о доступ к моей персональной медицинской информации.		Правила и процедуры организации для сохранения конфиденциальности противоречат требованиям HIPAA.

Есть ли у Вас свидетель(ли) Да Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ:	АДРЕС:	№ ТЕЛЕФОНА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ:	АДРЕС:	№ ТЕЛЕФОНА

БЛАНК ЖАЛОБЫ О НАРУШЕНИИ ПРАЙВЕСИ НІРАА (Продолжение)

Предоставьте, пожалуйста, детальное описание Вашей жалобы о нарушении прайвесы, с указанием на то, что произошло, когда, как, где и, если Вам известно, почему. Для предоставления добавочной информации приложите, пожалуйста, дополнительные листы.

Жалобы в Отдел Психического Здоровья подаются на добровольном основании. Однако, без указания выше затребованной информации, ОПЗ может оказаться не в состоянии вести следствие по Вашей жалобе. Мы собираем эту информацию в рамках полномочия Правила о Прайвеси, изданном на основании Акта о Портативности и Подотчетности Медицинского Страхования 1996 г. Имена, фамилии и другая опознавательная информация касающаяся лиц предоставляется, в меру надобности для расследования возможных нарушений конфиденциальности медицинской информации, для внутренней деятельности, или в целях установившейся практики как, напр., предоставление информации вне ОПЗ в целях связанных с осуществлением надзора над соблюдением прайвесы медицинской информации в меру, предусмотренную законом. **ОПЗ не имеет права Вас запугивать, принуждать, дискриминировать, угрожать Вам или мстить в результате предъявления настоящей жалобы**, или предприятия других мер для обеспечения Ваших прав предусмотренных Правил о Прайвеси. Вы не обязаны воспользоваться настоящим бланком. Вы можете написать письмо-жалобу, содержащее эту же информацию. Посылайте, пожалуйста, жалобу по адресу: County of Los Angeles — Department of Mental Health, Patient's Rights Office, 550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020. Вы также можете подать жалобу в Офис Гражданских Прав Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services.

Подпись клиента/Представителя клиента/
Лица, подающего жалобу

Дата

При подписании документа личным представителем клиента, указать характер отношений и полномочие на представительство.

- ❖ **Заполнили–ли Вы информацию, указанную на этом бланке?**
- ❖ **Указали–ли Вы Ваш номер телефона и адрес, по которым с Вами можно связаться?**
- ❖ **Не забудьте, пожалуйста, приклеить марку.**