

ԼՈՍ ԱՆՋԵԼՈՍ ՔԱՌԻՆԹԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ (DMH)

HIPAA Գաղտնիության Օրենք՝ 45 C.F.R. § 164.530 (d)

HIPAA ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎ

Այստեղ ներկայացրած ձեր տեղեկությունը ըստ հնարավորին կմնա գաղտնի: Այնուամենայնիվ, մեզ անհրաժեշտ կլինի տեղեկություն բացահայտել՝ ձեր հայցը քննելու համար: Որևէ անձ կարող է գանգատ ներկայացնել: Աշխատուժի անդամները այս ձևը կարող են օգտագործել՝ աշխատուժի այլ անձերի կողմից HIPAA-ի խախտումները տեղեկագրելու նպատակով:

ՀԱՏՎԱԾ Ա – Գաղտնիության Գանգատը Ներկայացնող Անձը

ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ	ՄԻՋՆԱՆՈՒՆ	ԾՆՆՆ. ԹԻՎ	ՏԱՆ ՀԵՌԱՆՈՍԻ #
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵ	ԲՆԿ. #	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԹՎԱՆԻԾ
ՁԵԶ ՀԱՄԵԼՈՒ ԼԱՎԱԳՈՒՅՆ ՄԻՋՈՑԸ			ԼԱՎԱԳՈՒՅՆ ԺԱՄԵՐԸ	

ՀԱՏՎԱԾ Բ – HIPAA Գաղտնիության Գանգատի Ձև – Ձեր Անունը Բացահայտելու Հավանություն (ոչ-պարտադիր)

- Ես համաձայն եմ, որ իմ անունը բացահայտվի այս գանգատը քննելու նպատակով: (Մեր քննությունում ձեր մասին տեղեկությունը չի բացահայտվի օրենքի թույլատրած սահմաններում:)
- Ես համաձայն չեմ, որ իմ անունը բացահայտվի: (Ձեր անվան չօգտագործումը կարող է խանգարել մեր քննությանը:)

ՀԱՏՎԱԾ Գ – Գաղտնիության Գանգատ Ներկայացված Ընդդեմ

ԱՆՁ/ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ				ՀԵՌԱՆՈՍԻ #
ՀԱՍՑԵ	ՄԵՆՑԱԿԻ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՑԻՆ ԹՎԱՆԻԾ

Ես պատճառ ունեմ հավատալու, որ կազմակերպությունը/անձը՝

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Իմ անձնական առողջության տեղեկությունը բացահայտել է անպատշաճորեն:

<input type="checkbox"/> Իմ անձնական առողջության տեղեկությունը դեմ է գցել անպատշաճորեն:

<input type="checkbox"/> Մերժել է մատչելի դարձնել իմ անձնական առողջության տեղեկությունը: | <input type="checkbox"/> Իմ անձնական առողջության տեղեկությունը օգտագործել է անպատշաճորեն:

<input type="checkbox"/> Մերժել է բարեփոխել իմ անձնական առողջության տեղեկությունը:

<input type="checkbox"/> Կազմակերպության գաղտնիության քաղաքականությունը և ընթացակարգերը խախտեց HIPAA-ի պայման |
|--|--|

Վկա(ներ) ունե՞ք Այո Ոչ

ՎԿԱՑԻ ԱՆՈՒՆ	ՀԱՍՑԵ՝	ՀԵՌԱՆՈՍԻ #
ՎԿԱՑԻ ԱՆՈՒՆ	ՀԱՍՑԵ՝	ՀԵՌԱՆՈՍԻ #

HIPAA ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎ (Շարունակություն)

Խնդրում ենք մանրամասն նկարագրել ձեր գաղտնիության գանգատը, նշելով, թե ի՞նչ, ե՞րբ, ինչպե՞ս, որտե՞ղ և, եթե ձեզ ծանոթ է, ինչու՞ է պատահել: Լրացուցիչ տեղեկություն ներկայացնելու համար կցեք լրացուցիչ էջեր:

DMH-ին գանգատ ներկայացնելը կամավոր է: Սակայն և այնպես, առանց վերևը խնդրված տեղեկության, DMH-ը չի կարողանա ձեր գանգատի կապակցությամբ քննությունը առաջ տանել: Մենք այս տեղեկությունը հավաքում ենք համաձայն Գաղտնիության Կանոնի, որը հրապարակվել է ըստ 1996թ. Առողջական Ապահովագրության Փոխանցելիության և Հաշվետվության Ակտի (HIPAA): Անուններ և անհատների մասին ճանաչողական այլ տեղեկություններ բացահայտվում են՝ երբ դա անհրաժեշտ է առողջական տեղեկության գաղտնիության հավանական խախտումների քննության, ներքին համակարգերի գործողությունների կամ սովորական օգտագործումների համար, որոնք ընդգրկում են DMH-ի մասին տեղեկության բացահայտումը՝ առողջական տեղեկության գաղտնիության գանգատներին առնչվող նպատակներով և օրենքի թույլատվության համաձայն: DMH-ը չպետք է վախեցնի, սպառնա, ճնշի, խտրողություն կատարի կամ վրիժառու լինի ձեզ դեմ՝ այս գանգատը լրացնելու պատճառով, կամ նրա համար, որ դիմեք որևէ այլ քայլի, որպեսզի պաշտպանեք ձեր իրավունքները ըստ Գաղտնիության Կանոնի: Դուք պարտավոր չեք այս ձևն օգտագործել: Կարող եք նամակ գրելով գանգատ ներկայացնել նույն տեղեկությամբ: Գանգատը փոստով ուղարկվի County of Los Angeles – Department of Mental Health, Patients' Rights Office, 550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020: Կարող եք նաև գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջական և Մարդկային Ծառայությունների Բաժանմունքի Քաղաքացիական Իրավունքների Գրասենյակին:

Հաճախորդի /Հաճախորդի ներկայացուցչի/
Գանգատը ներկայացնողի Ստորագրություն

Թվական

Եթե ստորագրվել է հաճախորդի ներկայացուցչի կողմից, նշեք կապը և այդպես վարվելու լիազորությունը:

- * Լրացրե՞լ եք ձևի վրա խնդրված տեղեկությունները:
- * Նշե՞լ եք ձեր հեռախոսահամարը և հասցեն, որտեղ կարող եք կապ հաստատել ձեզ հետ:
- * Խնդրում ենք չմոռանալ նամակահիշը: