

**فرم شکایت خصوصی بودن HIPAA**

اطلاعاتی را که شما در اینجا در اختیار میگذارید تا حد امکان محرمانه باقی خواهد ماند. ولیکن، ممکن است لازم باشد که ما برای پیگیری ادعای شما اطلاعات را فاش نمائیم. اعضاء نیروی کار workforce میتوانند از این فرم برای گزارش کردن تخطیهای HIPAA که توسط دیگران در نیروی کار صورت میگیرد استفاده نمایند.

قسمت I- شخصی که برای شکایت خصوصی بودن پرونده تشکیل میدهد

نام خانوادگی		نام		نام وسط		تاریخ تولد		شماره تلفن منزل	
نشانی				شماره آپارتمان		شهر		ایالت	
کد پستی		بهترین طریق تماس گرفتن با شما							
		بهترین ساعات							

قسمت II - فرم شکایت خصوصی بودن HIPAA - اجازه جهت افشاء نام شما (اختیاری)

من اجازه میدهم جهت پیگیری این ادعا نام من افشاء شود. (اطلاعات درباره شما در پیگیری ما افشاء نخواهد شد، در حد حدودی که قانون اجازه میدهد).

من اجازه نمیدهم که نام من افشاء شود. (عدم استفاده از نام شما ممکن است پیگیری ما را بتعویق بیاندارد).

قسمت III - تشکیل پرونده شکایت خصوصی بودن بر علیه شخص / سازمان زیر صورت میگیرد

شماره تلفن		شخص / موسسه							
کد پستی		ایالت		شهر		شماره		نشانی	

من دلیلی دال بر اینکه موسسه/شخص:

اطلاعات بهداشتی/درمانی شخصی مرا بطور نامناسبی مورد استفاده قرار داده است.

بطور نامناسبی اطلاعات بهداشتی/درمانی شخصی مرا افشاء کرده است.

اصلاحات مرا برای اطلاعات/بهداشتی شخصی رد کرده است.

بطور نامناسبی اطلاعات بهداشتی/درمانی شخصی مرا واگذار کرده است.

رویه ها و خط مشی های سازمان از شرایط HIPAA تخطی می نماید.

دسترسی به اطلاعات بهداشتی/درمانی شخصی مرا رد کرده است.

آیا شما شاهد (شهود) دارید  آری  خیر

نام شاهد:	نشانی:	تلفن #:
نام شاهد:	نشانی:	تلفن #:

## فرم شکایت خصوصی بودن HIPAA (ادامه)

لطفاً با جزئیات شکایت خصوصی بودن مطالب خود را توضیح دهید، توضیح دهید که چه چیزی، چه زمانی، چگونه، کجا، و اگر میدانید، چرا اتفاق افتاده است. برای در اختیار گذاشتن اطلاعات بیشتر، صفحات اضافی ضمیمه کنید.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

تشکیل پرونده شکایت با DMH داوطلبانه میباشد. ولیکن بدون اطلاعات درخواستی بالا، ممکن است DMH قادر به پیگیری شکایت شما نباشد. ما این اطلاعات را تحت اجازه قانون خصوصی بودن طبق قانون بیمه درمانی Health Insurance Portability and Accountability Act سال 1996 جمع آوری می نمایم. نام و اطلاعات شناسائی دیگر درباره افراد افشاء میشود زمانیکه برای پیگیری تخطی احتمالی در رابطه با اطلاعات درمانی، برای عملکرد سیستمهای داخلی، یا برای استفاده های معمولی، که شامل افشاء اطلاعات در خارج از DMH برای مقاصدی که در رابطه با رعایت قانون خصوصی بودن اطلاعات درمانی و طبق اجازه قانون میباشد لازم باشد. DMH برای تشکیل این پرونده شکایت نمیتواند شما را بترساند، تهدید نماید، مجبور نماید، تبعیض قائل شود یا انتقام جوئی نماید. یا برای هراقدام دیگری جهت اجراء حق و حقوق شما تحت قوانین خصوصی بودن. شما مستلزم به استفاده از این فرم نمیشید. شما میتوانید جهت ارائه شکایت نامه ای با همین اطلاعات بنویسید. شکایت را به کانتی لس آنجلس- اداره بهداشت روانی، اداره حقوق بیماران اداره حقوق مدنی **County of Los Angeles – Department of Mental Health, Patient’s Rights Office** 550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020 ارسال فرمائید. همچنین میتوانید با دفتر وزارت بهداشت و خدمات انسانی اداره حقوق مدنی **Office of Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services** تشکیل پرونده شکایت دهید.

تاریخ

امضاء ارباب رجوع/ نماینده ارباب رجوع  
شخصی که شکایت را ارائه میدهد

• اگر توسط نماینده شخصی مشتری امضاء میشود، نسبت و اجازه انجام این کار را ذکر نمائید.

- آیا اطلاعات درخواست شده در فرم را تکمیل کردید؟
- آیا شماره تلفن و نشانی خود را که بتوانیم با شما تماس بگیریم ذکر کردید؟
- لطفاً تمبر را فراموش نفرمائید.