

## مطالب اطلاع رسانی – حقوق و مسئولیت های شما

### به برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا خوش آمدید

خوش آمدید! به عنوان یک عضو (ذینفع) برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا (BHP) که خدمات سلامت رفتاری را از این خدمات دهنده درخواست می کند، ما از شما می خواهیم که این بسته اطلاعاتی را که حقوق و مسئولیت های شما را شرح می دهد مرور کنید. BHP شهرستان آلامدا، هم خدمات سلامت روانی ارائه شده به وسیله برنامه سلامت روانی شهرستان و هم خدمات درمان اختلال استعمال مواد (SUD) ارائه شده به وسیله سیستم سازمان یافته تحویل SUD شهرستان را شامل می شود؛ شما ممکن است فقط یکی از انواع خدمات یا هر دو را دریافت کنید.

#### نام خدمات دهنده:

فردی که ورود شما را به خدمات خوش آمد می گوید، این مطالب اطلاعاتی را با شما مرور خواهد کرد. این بسته به شما داده خواهد شد تا هر وقت که بخواهید در خانه آن را مرور کنید، و از شما خواسته خواهد شد تا صفحه آخر این بسته را امضاء کنید تا موارد بحث شده و دریافت مطالب اطلاع رسانی را تایید کنید. خدمات دهنده شما، اصل صفحه امضاء را پیش خود نگه خواهد داشت. ارائه کنندگان خدمات همچنین موظفند درباره قابلیت دسترسی برخی اطلاعات مشخص در این بسته هر سال به شما اطلاع دهند و صفحه آخر این بسته جایی ویژه شما دارد تا زمانی که آن یادآوری ها انجام می شوند تایید کنید.

این بسته شامل اطلاعات زیادی است. بنابراین وقت کافی اختصاص دهید و هر پرسشی دارید به راحتی بپرسید! دانستن و درک حقوق و مسئولیت های تان، به شما کمک می کند تا مراقبت شایسته خود را دریافت کنید.



### رضایت برای خدمات

به عنوان یک عضو این برنامه سلامت رفتاری (BHP)، امضای شما در صفحه آخر این بسته، رضایت شما را برای خدمات داوطلبانه سلامت رفتاری با این خدمات دهنده اعلام می کند. اگر شما نماینده قانونی یک ذینفع BHP هستید، امضای شما آن رضایت را اعلام می کند.

رضایت شما برای خدمات همچنین به این معنی است که این خدمات دهنده موظف است درباره توصیه های خود درباره مراقبت به شما اطلاع دهد، طوری که تصمیم شما برای شرکت، با آگاهی گرفته شده و معقول باشد. علاوه بر داشتن حق توقف خدمات در هر لحظه، شما همچنین حق دارید استفاده از هر کدام از توصیه ها، مداخلات سلامت رفتاری یا فرایندهای درمان را رد کنید.

این خدمات دهنده ممکن است یک فرم رضایت جانبی داشته باشد که شما باید امضاء کنید که با جزئیات بیشتر انواع خدماتی را که می توانید دریافت کنید شرح می دهد. این موارد ممکن است شامل، ولی نه محدود به، تشخیص ها، ارزیابی ها، مشاوره انفرادی، مشاوره گروهی، مداخله در بحران، روان درمانی، مدیریت موردی، خدمات بازپروری، خدمات دارو، درمان به کمک دارو، معرفی به متخصصان سلامت رفتاری، و مشاوره ها با سایر متخصصان از طرف شما باشند.

ارائه کنندگان خدمات حرفه ای ممکن است شامل، ولی نه محدود به، پزشکان، پرستاران ثبت شده، دستیاران پزشکان، درمانگران ازدواج و خانواده، مددکاران اجتماعی کلینیکی (LCSW)، مشاوران کلینیکی حرفه ای، روانشناسان، دستیاران ثبت شده، و

متخصصان تایید شده همتایان باشند. اگر ارائه کننده خدمات شما یک فرد بدون مجوز باشد (مثلا دانشجوی کارآموز یا دستیار ثبت شده)، خدمات دهنده شما باید این موضوع را به صورت کتبی به شما اطلاع دهد. همه کارکنان حرفه ای بدون مجوز، تحت نظارت متخصصان مجوز دار هستند.



## آزادی انتخاب

به عنوان برنامه سلامت رفتاری شما، ما موظفیم به شما اعلام کنیم که همه دریافت کنندگان خدمات ما (شامل افراد نابالغ و نماینده قانونی افراد نابالغ) باید موارد زیر را بدانند:

A. پذیرش و مشارکت در سیستم سلامت رفتاری، داوطلبانه است؛ آن، لازمه دسترسی به سایر خدمات گروهی نیست.

B. شما حق دسترسی به سایر خدمات سلامت رفتاری تحت حمایت مالی Medi-Cal را دارید و حق دارید تغییر خدمات دهنده و/یا کارکنان را درخواست\* کنید.

C. برنامه سلامت رفتاری، قراردادهایی را با محدوده گسترده ای از خدمات دهندگان در حوزه خود دارد که ممکن است شامل خدمات دهندگان ایمان-محور باشد. درباره خدمات دهندگان ایمان-محور که کمک مالی فدرال را دریافت می کنند قوانینی وجود دارد، از جمله اینکه آنها باید به همه اعضای واجد شرایط (صرف نظر از عقاید مذهبی) خدمات ارائه کنند و اینکه حمایت های مالی فدرال نباید برای کمک به فعالیت های مذهبی (مانند عبادت، آموزش مذهبی یا تلاش برای تغییر دین یک عضو به دین دیگر) صرف شوند. اگر شما به یک خدمات دهنده ایمان-محور معرفی شده اید و به دلیل ماهیت مذهبی آن، نسبت به دریافت خدمات از آن اعتراض دارید، با درخواست\* می توانید به یک خدمات دهنده دیگر مراجعه کنید.

\*BHP با اعضا و خانواده های آنها همکاری می کند تا با هر درخواست معقول موافقت کند، ولی ما نمی توانیم تضمین کنیم که همه درخواست های تغییر خدمات دهنده پذیرفته خواهند شد. با این حال، درخواست های مربوط به تغییر یک خدمات دهنده به دلیل اعتراض به ماهیت مذهبی آن پذیرفته خواهند شد.



## آزادی انتخاب

محرمانه بودن و حریم خصوصی اطلاعات سلامت شما در هنگام شرکت در خدمات درمان نزد ما، یک حق شخصی مهم شما است. این بسته شامل کپی شما از «اطلاعه مقررات حریم خصوصی» است که شرح می دهد سوابق درمان و اطلاعات شخصی شما چگونه به صورت محرمانه از سوی خدمات مراقبت سلامت رفتاری شهرستان آلامدا نگهداری، استفاده و افشا می شوند و شما چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی داشته باشید. اگر درمان مربوط به اختلال استعمال مواد (SUD) را دریافت می کنید، این بسته همچنین شامل کپی شما از «یادداشت اطلاعات CFR 42 بخش 2 - اطلاعات مربوط به افشای بیمار مواد مخدر و الکل» می باشد. خدمات دهنده شما باید اطلاعات مربوط به حقوق شما را درباره رازداری و حریم خصوصی، در اختیار شما قرار دهد.

در وضعیت های مشخص مربوط به ایمنی شما یا ایمنی دیگران، اگرچه خدمات دهندگان کلا نمی توانند اطلاعاتی را که مستقیم یا غیر مستقیم باعث شناسایی شما به عنوان یک فرد ذینفع دریافت کننده خدمات SUD خواهند شد افشا کنند، خدمات دهندگان از نظر قانونی ملزم هستند تا درباره مورد شما با افراد خارج از سیستم خدمات مراقبت سلامت رفتاری بحث کنند.

این وضعیت ها از جمله عبارتند از:

1. اگر تهدید کنید که به شخص (اشخاص) دیگر آسیب بزنید، آن شخص (اشخاص) و/یا پلیس باید مطلع شوند.
2. در صورت لزوم، اگر شما یک خطر جدی را متوجه سلامت و ایمنی خود کنید.
3. همه موارد مظنون به سوء استفاده از کودکان باید به مقامات مربوطه دولتی یا محلی گزارش شوند.
4. همه موارد مظنون به سوء استفاده از یک سالمند/بزرگسال وابسته، باید به مقامات مربوطه دولتی یا محلی گزارش شوند.
5. اگر یک دادگاه به ما دستور دهد تا سوابق شما را ارائه کنیم، باید این کار را انجام دهیم.
6. ارتکاب یک جرم توسط یک بیمار در محوطه یا علیه کارکنان یک ارائه کننده خدمات درمان استعمال مواد؛ این گزارش ها محافظت نمی شوند.

اگر پرسش هایی درباره این محدوده های رازداری دارید، لطفا با فردی که این مطالب را به شما توضیح می دهد صحبت کنید. اطلاعات بیشتر درباره محدوده های بالا و محدوده های دیگر رازداری، در بخش های «اطلاعیه مقررات حریم خصوصی» و «یادداشت اطلاعات CFR 42 بخش 2 - اطلاعات مربوط به افشای بیمار مواد مخدر و الکل» موجود است.



### ایجاد یک مکان خوشایند و امن

برای ما بسیار مهم است که همه اعضا، همانگونه که واقعیت دارد، احساس کنند که از ارائه مراقبت به آنها استقبال می شود. مهم ترین کار ما این است که به شما کمک کنیم احساس کنید که در محل مناسبی هستید و اینکه ما به تدریج با شما آشنا می شویم و به شما کمک می کنیم تا یک زندگی شاد و سازنده داشته باشید. اگر ما کاری انجام می دهیم که باعث می شود شما احساس ناخوشایند، عدم امنیت یا بی احترامی داشته باشید، لطفا به ما اطلاع دهید.

همچنین بسیار مهم است که مکان های ارائه خدمات ما ایمن و خوشایند باشند. از شما می خواهیم اگر چیزی در محل های ارائه خدمات ما رخ می دهد که باعث احساس عدم امنیت شما می شود، به ما اطلاع دهید تا بتوانیم برای رسیدگی به آن تلاش کنیم.

یکی از راه های ایجاد امنیت از سوی ما، مقرراتی است که از همه (خدمات دهندگان و اعضا) می خواهد رفتارهای ایمن و محترمانه ای داشته باشند. این مقررات عبارتند از:

- ✓ با خود و دیگران به صورت ایمن رفتار کنید.
- ✓ عاری از هر نوع سلاح باشید.
- ✓ با دیگران با محبت صحبت کنید.
- ✓ به حریم خصوصی دیگران احترام بگذارید.
- ✓ به اموال دیگران و این مرکز خدمات احترام بگذارید.
- ✓ فروش، استفاده و توزیع الکل، مواد مخدر، محصولات نیکوتین/تتباکو و سیگارهای الکتریکی در محوطه ممنوع است.

برای داشتن یک مکان خوشایند برای همه، هر کس که به صورت آگاهانه نا امن باشد، ممکن است از او خواسته شود که مرکز را ترک کند، خدمات ممکن است به صورت موقت یا کامل متوقف شوند، و در صورت لزوم برخورد قانونی ممکن است صورت گیرد. بنابراین اگر فکر می کنید ممکن است درباره رعایت این قوانین مشکلی داشته باشید، لطفا به خدمات دهنده خود اطلاع دهید. ما به سختی تلاش خواهیم کرد تا به شما کمک کنیم احساس خوشایندی داشته باشید، طوری که شما و اطرافیان تان احساس امنیت کنید.

از همه افرادی که با ما کار می کنند، بابت رعایت این قوانین سپاسگزاریم.



## راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal، راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal، و فهرست خدمات دهندگان

راهنماها و فهرست خدمات دهندگان (به روز رسانی ماهانه)

به صورت آنلاین در [www.acbhcs.org](http://www.acbhcs.org) موجودند یا

می‌توانید آنها را به روش زیر درخواست کنید

کتاب دستی ذینفع برنامه سلامت رفتاری، (BHP) **راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal** یا **راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal** در هنگام آغاز خدمات در اختیار شما قرار خواهند گرفت. آنها شامل اطلاعاتی درباره چگونگی واجد شرایط بودن یک ذینفع برای خدمات، خدمات موجود و چگونگی دسترسی به آنها، خدمات دهندگان ما، اطلاعات بیشتر درباره حقوق شما و فرایند شکایت، اعتراض و رسیدگی منصفانه ایالتی، هستند. راهنماها همچنین شامل شماره تلفن های مهم درباره برنامه سلامت رفتاری هستند.

**فهرست خدمات دهندگان**، فهرستی از ارائه کنندگان خدمات سلامت رفتاری شهرستان و دارای قرارداد با شهرستان در حوزه کاری ما است؛ این فهرست به صورت ماهانه به روز رسانی می‌شود. برای ارجاع به خدمات سلامت روانی سرپایی غیر اضطراری یا برای اطلاعات بیشتر درباره **فهرست خدمات دهندگان**، با برنامه ACCESS با شماره 1-800-491-9099 تماس بگیرید؛ یک نماینده می‌تواند به شما اطلاع دهد که آیا یک ارائه کننده خدمات سلامت روانی در حال حاضر جای خالی دارد یا نه.

برای ارجاع به خدمات درمان استعمال مواد یا اطلاعات بیشتر درباره **فهرست خدمات دهندگان**، با خط پشتیبانی درمان و ارجاع استعمال مواد با شماره 1-844-682-7215 تماس بگیرید؛ یک نماینده می‌تواند به شما اطلاع دهد که آیا یک ارائه کننده خدمات درمان استعمال مواد در حال حاضر جای خالی دارد یا نه. درباره محدودیت های رسیدگی یا گفتگو، با شماره 711 متعلق به خدمات امداد کالیفرنیا تماس بگیرید که شما را به یکی از خطوط خدمات مشتری وصل می‌کند.

راهنماها و فهرست خدمات دهندگان، در وبسایت BHCS یعنی [www.acbhcs.org](http://www.acbhcs.org)، از طریق ایمیل به درخواست شما یا به صورت کاغذی بنا به درخواست و بدون هزینه ای برای شما موجود هستند. راهنماها و فهرست خدمات دهندگان به زبان های پذیرفته شده شهرستان (انگلیسی، اسپانیایی، کانتونی، ماندارین، ویتنامی، تاگالوگ، کره ای و فارسی) و در قالب های مختلف موجود هستند.

در مورد **راهنماها و فهرست خدمات دهندگان**، کمک در زمینه زبان، با تماس با خط ACCESS با شماره 1 (800) 491-9099 موجود است.

### اطلاعات حل مشکل ذینفع

تصمیم گیری درباره محل ارائه شکایت یا اعتراض شما



خدمات نامناسب – یک شکایت ممکن است درباره هر چیز باشد

مثال ها:

- اگر خدماتی را که می‌خواهید دریافت نمی‌کنید.
- اگر خدمات را با کیفیت پایین دریافت می‌کنید.
- اگر با شما به صورت نادرست رفتار می‌شود.
- اگر قرارهای ملاقات هرگز در زمان های مناسب برای شما تنظیم نمی‌شوند.
- اگر مرکز تمیز یا ایمن نیست.

## محل ارائه شکایت شما درباره

**BHCS** شهرستان آلامدا:

با تلفن: 1-800-779-0787 پشتیبانی مصرف کنندگان BHCS

برای دریافت کمک درباره رسیدگی یا صحبت کردن، با شماره 711، خدمات امداد کالیفرنیا تماس بگیرید

از طریق پست ایالات متحده: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

به صورت حضوری: با مراجعه به بخش پشتیبانی مصرف کنندگان در انجمن سلامت روانی

954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

با ارائه کننده خدمات خود: ارائه کننده خدمات شما را به صورت داخلی حل کند یا شما را به ACBHCS بالا هدایت کند. می توانید فرم ها و کمک مربوطه را از ارائه کننده خدمات خود دریافت کنید.

### تصمیمات مغایر منافع – می توانید اعتراض کنید

ممکن است یک «اطلاعیه تصمیم مغایر منافع» (NOABD) دریافت کنید که شما را از یک اقدام از سوی

BHP درباره منافع تان باخبر می کند. مثال ها:

- اگر خدمتی که درخواست کرده اید ارائه نشود یا محدود شود.
- اگر خدمتی که قبلاً تأیید شده و در حال حاضر دریافت می کنید کاهش یابد، تعلیق شود یا پایان یابد.
- اگر BHP از پرداخت هزینه خدمتی که دریافت می کردید سر باز زند.
- اگر خدمات در زمان مقرر به شما ارائه نشوند.
- اگر شکایت یا اعتراض شما در چارچوب زمانی مقرر حل نشود.
- اگر درخواست شما برای بحث درباره مسئولیت مالی رد شود.

اعتراض خود را در ارتباط با BHCS شهرستان آلامدا به کجا باید ارائه کنید (فقط شامل ذینفع های Medi-Cal که خدمات Medi-Cal را دریافت می کنند):

با تلفن: 1-800-779-0787 پشتیبانی مصرف کنندگان

برای دریافت کمک درباره رسیدگی یا صحبت کردن، با شماره 711، خدمات امداد کالیفرنیا تماس بگیرید

از طریق پست ایالات متحده: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

به صورت حضوری: با مراجعه به بخش پشتیبانی مصرف کنندگان در انجمن سلامت روانی به

نشانی 954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

اگر فرایند اعتراض BHP را کامل کرده باشید و مسئله با رضایت شما حل نشده باشد، حق یک رسیدگی منصفانه ایالتی، یعنی یک بازبینی مستقل از سوی اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا را دارید. هر اطلاعیه حل و فصل اعتراض (NAR) شامل یک درخواست برای یک رسیدگی منصفانه ایالتی می باشد؛ شما باید در عرض 120 پس از تاریخ مهر تمبر یا روزی که BHP به صورت حضوری NAR را به شما تحویل داد درخواست را ارائه کنید. صرف نظر از این که یک NOABD را دریافت کرده یا نکرده باشید، می توانید یک رسیدگی منصفانه ایالتی را درخواست کنید. برای حفظ همان خدمات خود در زمان انتظار برای یک رسیدگی، باید در عرض ده (10) روز پس از تاریخی که NAR پست شده یا به صورت حضوری به شما تحویل داده شده است یا پیش از تاریخ اجرایی شدن تغییر در خدمات، هر کدام که دیرتر است، رسیدگی را درخواست کنید. ایالت باید در عرض 90 روز تقویمی پس از تاریخ درخواست برای رسیدگی استاندارد و برای رسیدگی سریع در عرض 3 روز پس از تاریخ درخواست، تصمیم گیری کند. BHP باید خدمات مورد بحث را به سرعت و حداکثر تا 72 ساعت پس از تاریخی که اطلاعیه را دریافت می کند تأیید یا ارائه کند و تصمیم مغایر منافع BHP را برگرداند. برای درخواست یک رسیدگی منصفانه ایالتی می توانید با شماره 952-5253 (800) 1 یا برای TTY با شماره 952-8349 (800) 1، به صورت آنلاین از طریق <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> یا با نامه با نشانی زیر تماس پیدا کنید:

California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

## حقوق بیمار

موارد مربوط به نگهداری غیر داوطلبانه 5150، نگهداری 5250 و سرپرستی، بیشتر از طریق راهکارهای قانونی موجود مانند حقوق والدین رسیدگی می شوند تا از طریق فرایند شکایت یا اعتراض. تماس وکلای مدافع حقوق والدین: 734-2504 (800) 1 یا 835-2505 (510).

### مثال ها:

- اگر در محدودیت هایی قرار داده شده اید و فکر نمی کنید که مرکز دلیل مناسبی برای انجام این کار دارد.
- اگر بر خلاف میل تان بستری شدید و علت آن یا گزینه های خود را نمی دانید. موضوع مربوط به **حقوق والدین خود را در کجا باید ثبت کنید**
- با وکلای مدافع حقوق والدین با شماره **734-2504 (800)** تماس بگیرید. این یک شماره 24 ساعته است که پس از ساعاتی به تلفن گویا تبدیل می شود. تماس تلفنی با هزینه طرف مقابل پذیرفته می شود.

برای اطلاعات دقیق تر درباره فرایند حل و فصل مشکل ذینفع، لطفا یک کپی از راهنمای خدمات سلامت روانی **Medi-Cal** یا **راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal** را که در صفحات 2-3 این بسته توضیح داده شده اند، از خدمات دهنده خود درخواست کنید. برای پرسش ها یا کمک درباره پر کردن فرم ها، می توانید از خدمات دهنده خود بپرسید یا با شماره زیر تماس بگیرید: پشتیبانی مصرف کنندگان **1(800) 779-0787**

در مورد فرایند حل و فصل مشکل ذینفع، کمک در زمینه زبان، با تماس با پشتیبانی مصرف کنندگان با شماره **1 (800) 779-0787** موجود است.



### اطلاعات دستورالعمل پیشرفته:

#### «حق شما برای تصمیم گیری درباره درمان پزشکی»

(فقط اگر 18 سال یا بیشتر داشته باشید شامل می شود)

خدمات دهندگان: «حق شما برای تصمیم گیری درباره درمان پزشکی»، به زبان های مختلف در این وبسایت موجود است

[http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa\\_manual/10\\_7\\_ADVANCE\\_DIRECTIVE\\_BOOKLET.pdf](http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa_manual/10_7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf)

اگر 18 سال یا بیشتر سن دارید، درباره حق شما برای تصمیم گیری درباره مراقبت سلامت و اینکه اگر در آینده قادر به سخن گفتن از طرف خود نیستید، اکنون چگونه می توانید برای مراقبت پزشکی خود برنامه ریزی کنید، برنامه سلامت رفتاری به وسیله قانون فدرال و ایالتی ملزم است شما را مطلع سازد. ایجاد برنامه مذکور از حالا، می تواند کمک کند تا اطمینان حاصل کنید که تمایلات و ترجیحات شخصی شما به افرادی که باید بدانند منتقل می شوند. این فرایند، ایجاد یک دستورالعمل پیشرفته نامیده می شود.

با درخواست شما، اطلاعات مربوط به دستورالعمل های پیشرفته با نام «حق شما برای تصمیم گیری درباره درمان پزشکی» به شما داده خواهد شد. این اطلاعات، اهمیت ایجاد یک دستورالعمل پیشرفته و مواردی را که در صورت تصمیم گیری برای ایجاد یک دستورالعمل پیشرفته باید در نظر بگیرید، و نیز قوانین ایالتی مربوطه را توضیح می دهد. ملزم نیستید یک دستورالعمل پیشرفته ایجاد کنید ولی ما به شما توصیه می کنیم موارد مربوط به ایجاد یک دستورالعمل پیشرفته را بررسی کنید. خدمات دهندگان BHCS در شهرستان آلامدا و کارکنان آنها می توانند در این فرایند به شما کمک کنند، ولی قادر نیستند یک دستورالعمل پیشرفته را برای شما ایجاد کنند. امیدواریم این اطلاعات به شما کمک خواهد کرد تا نحوه افزایش کنترل خود را بر درمان پزشکی خود متوجه شوید. مراقبت ارائه شده به شما به وسیله هر کدام از خدمات دهندگان BHCS در شهرستان آلامدا، ربطی به این نخواهد داشت که شما یک دستورالعمل پیشرفته را ایجاد کرده یا نکرده اید. اگر شکایتی درباره ملزومات دستورالعمل پیشرفته دارید، لطفا با پشتیبانی مصرف کنندگان با شماره **1-800-779-0787** تماس بگیرید.



چاک مک کتنی مدیر تحلیل داده های سلامت و  
تجارت 1000 San Leandro Blvd., Suite  
300 San Leandro, CA 94577  
(510) 667-3092

## اطلاعیه حریم خصوصی

مصوبه قابلیت انتقال و پاسخگویی سلامت (HIPAA) و  
فن آوری اطلاعات سلامت برای مصوبه سلامت اقتصادی و کلینیکی (HITECH)

این اطلاعیه توضیح می دهد که اطلاعات سلامت مربوط به شما چگونه ممکن است مورد استفاده قرار گیرد و افشا شود، و شما چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید.  
لطفاً آن را با دقت مرور کنید.

اگر پرسش هایی درباره این اطلاعیه دارید، لطفاً با ارائه کننده مراقبت های سلامت خود یا اداره آژانس خدمات مراقبت سلامت شهرستان آلامدا تماس بگیرید:

اداره و سلامت مستمندان با شماره (510) 618-3452  
خدمات مراقبت سلامت رفتاری، دفتر کمک به مصرف کنندگان با شماره (800)779-0787  
دفتر بخش سلامت عمومی مدیر با شماره (510) 267-8000  
بخش سلامت زیست محیطی با شماره (510) 567-6700

### هدف این اطلاعیه

این اطلاعیه مسائل مربوط به حریم خصوصی آژانس خدمات مراقبت سلامت شهرستان آلامدا (ACHCSA)، بخش ها و برنامه های آن و افرادی را که در ارائه خدمات مراقبت سلامت به شما مشارکت دارند توضیح می دهد. این افراد، کارشناسان مراقبت سلامت و سایر افرادی هستند که از سوی شهرستان آلامدا برای دسترسی به اطلاعات سلامت شما به عنوان بخشی از برنامه ارائه خدمات به شما یا تطبیق با قوانین ایالتی و فدرال منصوب شده اند.

کارشناسان مراقبت سلامت و سایر افراد عبارتند از:

- کارشناسان مراقبت سلامت بدنی (مانند پزشکان، پرستاران، تکنسین ها، دانشجویان پزشکی)؛
- کارشناسان مراقبت سلامت رفتاری (مانند روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی مجاز، درمانگران ازدواج و خانواده، تکنسین های روانپزشکی، و پرستاران ثبت شده، انترن ها)؛
- افراد دیگری که در مراقبت از شما در این آژانس مشارکت دارند یا کسانی که با این آژانس کار می کنند تا خدمات مراقبت را برای مشتریان آن ارائه کنند، از جمله کارمندان و کارکنان ACHCSA، و پرسنل دیگری که خدمات یا عملکردهایی را ارائه می کنند که مراقبت از سلامت شما را ممکن می سازند.

این افراد ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را با هم دیگر و با سایر ارائه کنندگان مراقبت سلامت با اهداف درمان، پرداخت، یا عملیات های مراقبت سلامت، و با افراد دیگر برای دلایل دیگر که در این اطلاعیه شرح داده شده اند به اشتراک بگذارند.

## مسئولیت ما

اطلاعات سلامت شما محرمانه است و با قوانین مشخص محافظت می شوند. محافظت از این اطلاعات که در این قوانین مورد تاکید قرار گرفته اند و ارائه این اطلاعات به صورتی و وظایف قانونی و امور مربوط به حریم خصوصی، مسئولیت ما است. همچنین پیروی از مفاد این اطلاعات که در حال حاضر قابل اجرا هستند، مسئولیت ما است. این اطلاعات:

- انواع روش های استفاده و افشای اطلاعات شما را که ممکن است بدون تایید کتبی قبلی شما روی دهند، شناسایی خواهد کرد.
- وضعیت هایی را که در آنها به شما فرصت داده خواهد شد تا با استفاده یا افشای اطلاعات مربوط به شما موافقت یا مخالفت کنید شناسایی خواهد کرد.
- به شما توضیح خواهد داد که روش های دیگر افشای اطلاعات شما، فقط در صورتی روی خواهند داد که شما یک مجوز کتبی را به ما ارائه کرده باشید.
- به شما درباره حقوق شما در زمینه اطلاعات سلامت شخصی تان توضیح خواهد داد.

### ما چگونه ممکن است اطلاعات سلامت مربوط به شما را استفاده و افشا کنیم

انواع روش های استفاده و افشای اطلاعات سلامت را می توان طبقه بندی کرد. این طبقه بندی ها با توضیحات مربوطه و برخی مثال ها در زیر شرح داده می شوند. امکان فهرست کردن همه روش های استفاده و افشا وجود ندارد، ولی همه روش های استفاده و افشا در یکی از این دسته ها جای می گیرند.

«درمان». ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را استفاده کرده یا به اشتراک بگذاریم تا درمان پزشکی یا سایر خدمات سلامت را به شما ارائه کنیم. اصطلاح «درمان پزشکی» شامل درمان مراقبت سلامت بدنی و نیز «خدمات مراقبت سلامت رفتاری» (خدمات سلامت روانی و خدمات درمان الکلی یا سایر مواد مخدر) است که شما ممکن است دریافت کنید. برای مثال، یک کارشناس بالینی ممکن است برای درمان احتمالی، شما را به یک روانشناس معرفی کند و ممکن است درباره درمان شما نظر روانشناس را بپرسد و بحث کند. یا، یکی از کارکنان ما ممکن است دستوری را برای انجام کار آزمایشگاهی تهیه کند یا یک معرفی به یک پزشک بیرونی را برای یک معاینه بدنی دریافت کند. اگر مراقبت سلامت را از یک ارائه کننده بیرونی دریافت کنید، ما همچنین ممکن است اطلاعات سلامت شما را، با هدف درمان، به ارائه کننده جدید خدمات افشا کنیم.

«پرداخت». ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را استفاده یا افشا کنیم تا ما را قادر سازد تا صورتحساب شما یا یک شرکت بیمه یا طرف سوم را صادر کنیم تا هزینه درمان و خدماتی که به شما ارائه کرده ایم پرداخت شود. برای مثال، ممکن است لازم شود اطلاعات برنامه سلامت شما را درباره درمان یا مشاوره ای که در اینجا دریافت کرده اید ارائه کنیم تا آنها هزینه خدمات را به ما پرداخت کنند یا به شما بازپرداخت کنند. همچنین ممکن است درباره درمان یا خدماتی که قصد داریم ارائه کنیم به آنها اطلاعات بدهیم تا تایید قبلی را دریافت کنیم یا پوشش یا عدم پوشش درمان توسط برنامه شما را تعیین کنیم. اگر مراقبت سلامت را از یک ارائه کننده دیگر دریافت کنید، ما همچنین ممکن است به منظور انجام پرداخت، اطلاعات سلامت شما را به ارائه کننده جدید خدمات شما افشا کنیم.

«عملیات های مراقبت سلامت». ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را برای عملیات های خودمان استفاده یا افشا کنیم. ما ممکن است بخش های محدودی از اطلاعات سلامت شما را با ادارات شهرستان آلامدا به اشتراک بگذاریم ولی فقط تا حدی که برای اجرای عملکردهای مهم در حمایت از عملیات های مراقبت سلامت ما ضروری باشد. این استفاده ها و افشاها برای عملیات اداری آژانس خدمات مراقبت سلامت ضروری هستند تا اطمینان حاصل شود که همه مشتریان ما مراقبت با کیفیت بالا را دریافت می کنند. برای مثال، ممکن است از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم:

- تا درمان و خدمات مان را مرور کنیم و کارایی کارکنان را در مراقبت از شما ارزیابی کنیم.
- تا به تصمیم گیری درباره اینکه کدام خدمات جانبی را باید ارائه کنیم، کدام خدمات لازم نیستند، و آیا برخی درمان های جدید موثر هستند یا نه، کمک کنیم.
- برای مرور یا پی بردن به فعالیت های پزشکان، پرستاران، کارشناسان بالینی، تکنسین ها، سایر کارکنان مراقبت سلامت، انترن ها و سایر کارکنان آژانس.
- برای کمک به ما در زمینه مدیریت مالی و تطابق با قوانین.



اگر مراقبت سلامت را از یک ارائه کننده دیگر دریافت کنید، ما همچنین ممکن است به منظور برخی عملیات های مراقبت سلامت آن، اطلاعات سلامت شما را به ارائه کننده جدید خدمات شما افشا کنیم. علاوه بر آن، ما ممکن است اطلاعاتی را که شما را از طریق این مجموعه از اطلاعات سلامت شناسایی می کنند حذف کنیم تا دیگران بتوانند از آن برای مطالعه مراقبت سلامت و تحویل مراقبت سلامت بدون پی بردن به هویت بیماران مشخص استفاده کنند.

○ همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی شما را با سایر ارائه کنندگان مراقبت سلامت، مراکز جمع آوری و توزیع مراقبت سلامت و برنامه های سلامت که با ما در «ترتیبات مراقبت سازماندهی شده سلامت» (OHCAها) برای هر نوع عملیات مراقبت سلامت OHCA مشارکت می کنند به اشتراک بگذاریم. OHCAها عبارتند از بیمارستان ها، سازمان های پزشکان، برنامه های سلامت، و سایر نهادهایی که خدمات مراقبت سلامت را به صورت گروهی ارائه می کنند. فهرستی از OHCAهایی که ما در آنها شرکت می کنیم، در ACCESS قابل دسترسی است.

○ برگه نام نویسی. ما ممکن است با نام نویسی شما در هنگام ورود به اداره ما، اطلاعات پزشکی شما را استفاده یا افشا کنیم. همچنین ممکن است هنگامی که آماده دیدار با شما هستیم، نام شما را صدا کنیم.

اطلاع رسانی و ارتباط با خانواده. ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را برای اطلاع رسانی یا کمک به اطلاع رسانی به یک عضو خانواده، نماینده شخصی شما یا فرد دیگری که مسئول مراقبت از شما است، در زمینه موقعیت شما، شرایط عمومی شما یا، در صورت مرگ شما، استفاده یا افشا کنیم، مگر آنکه شما به شکلی دیگر دستور داده باشید. در صورت بروز یک فاجعه، ما ممکن است اطلاعات را به یک سازمان کمک رسانی افشا کنیم، طوری که آنها بتوانند این تلاش های اطلاع رسانی را هماهنگ کنند. همچنین ممکن است اطلاعات را به فردی که در زمینه مراقبت از شما مشارکت می کند یا در پرداخت هزینه های مراقبت شما کمک می کند، افشا کنیم. اگر شما قادر و در دسترس برای موافقت یا اعتراض هستید، ما به شما فرصت خواهیم داد تا پیش از انجام این افشاها اعتراض کنید، اگرچه ممکن است در یک فاجعه حتی در صورت اعتراض شما و اگر باور داشته باشیم که برای پاسخ به شرایط اضطراری ضروری هستند، این اطلاعات را افشا کنیم. اگر شما قادر و در دسترس برای موافقت یا اعتراض نباشید، کارشناسان سلامت ما از بهترین تشخیص خود برای ارتباط با خانواده شما و دیگران استفاده خواهند کرد.

#### افشاهایی که برای آنها لازم نیست به شما فرصت موافقت یا اعتراض بدهیم.

علاوه بر وضعیت های بالا، قانون به ما اجازه می دهد تا اطلاعات سلامت شما را بدون گرفتن اجازه قبلی شما به اشتراک بگذاریم. این وضعیت ها در زیر توضیح داده می شوند.

◀ در صورت ضرورت قانونی. اگر افشای اطلاعات سلامت شما از نظر قوانین فدرال، ایالتی یا محلی ضروری باشد، این کار را انجام خواهیم داد. برای مثال، ممکن است لازم باشد اطلاعات مزبور به اداره خدمات سلامت و انسان افشا شوند تا اطمینان حاصل شود که حقوق شما نقض نشده اند.

◀ سوء ظن نسبت به سوء استفاده یا غفلت. در صورت ارتباط اطلاعات سلامت شما با یک سوء ظن سوء استفاده یا غفلت از کودکان، یا سوء ظن سوء استفاده یا غفلت از سالمندان یا بزرگسالان وابسته، یا اگر شما یک نابالغ نیستید و قربانی یک سوء استفاده، غفلت یا خشونت خانگی باشید و یا نسبت به افشا موافقت کنید یا ما از نظر قانونی مجاز به افشای آنها باشیم و باور بر این باشد که افشای مزبور برای پیشگیری از آسیب جدی به شما یا دیگران ضروری است، ما اطلاعات سلامت شما را به نهادهای مربوطه افشا خواهیم کرد.

◀ خطرات سلامت عمومی. ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را برای فعالیت های سلامت عمومی افشا کنیم. این فعالیت ها عموماً شامل موارد زیر هستند:

- برای پیشگیری یا کنترل بیماری، جراحی یا ناتوانی؛
- برای گزارش کردن تولدها و مرگ ها؛
- برای گزارش کردن واکنش ها نسبت به دارو ها یا مشکلات مربوط به محصولات؛
- برای اطلاع رسانی به مردم درباره فراخوان عدم استفاده از محصولاتی که ممکن است استفاده کنند؛
- برای اطلاع رسانی به فردی که ممکن است در معرض یک بیماری باشد یا ممکن است در خطر ابتلا یا پخش یک بیماری یا وضعیت باشد.

◀ **فعالیت های نظارت بر سلامت.** ما ممکن است اطلاعات سلامت را به نهاد نظارت بر سلامت برای فعالیت های مجاز قانونی افشا کنیم. این فعالیت های نظارت برای مثال عبارتند از حسابرسی ها، بررسی ها، بازرسی ها، و مجوزها. این فعالیت ها، به منظور نظارت بر سیستم مراقبت سلامت، برنامه های دولتی، و تطابق با قوانین حقوق مدنی، برای دولت ضروری هستند.

◀ **فرایندهای قضایی و اداری.** ما ممکن است، و بعضا به وسیله قانون ملزم هستیم، اطلاعات سلامت شخصی شما را در راستای هر فرایند اداری یا قضایی تا حدی که به طور آشکار به وسیله یک دستور دادگاه یا دستور اداری مجاز دانسته شده است افشا کنیم. همچنین ممکن است در پاسخ به یک احضاریه، درخواست کشف یا فرایند قانونی دیگر، و در صورتی که تلاش های کافی برای اطلاع رسانی به شما درباره درخواست انجام شده است و شما اعتراض نکرده اید، یا اگر اعتراضات شما از سوی یک دادگاه یا نهاد اداری رفع شده اند، اطلاعات شما را افشا کنیم.

◀ **اجرای قانون.** در صورت درخواست توسط یک مقام مجری قانون، ما ممکن است اطلاعات سلامت را افشا کنیم.

- در پاسخ به یک دستور دادگاه یا دستورات مشابه.
- برای شناسایی یا موقعیت یابی یک مظنون، شاهد، فرد گم شده و غیره.
- برای ارائه اطلاعات برای اجرای قانون درباره یک قربانی جنایی.
- برای گزارش کردن فعالیت مجرمانه یا تهدیدات مربوط به تاسیسات یا کارکنان.

◀ **پزشکان قانونی و مسئولان تدفین.** ما ممکن است اطلاعات سلامت را در اختیار یک پزشک قانونی قرار دهیم. این امر ممکن است برای مثال برای شناسایی یک فرد فوت شده یا تعیین علت مرگ لازم باشد. همچنین ممکن است اطلاعات سلامت بیماران مراکز خودمان را که برای انجام کارهای تدفین لازم هستند، به منظور کمک به مسئولان تدفین در اختیار آنها قرار دهیم.

◀ **اهدای عضو یا بافت.** اگر یک اهدا کننده عضو هستید، ما ممکن است اطلاعات پزشکی را در اختیار سازمان هایی که اهدای عضو یا پیوند عضو را انجام می دهند قرار دهیم.

◀ **تحقیق.** ما ممکن است اطلاعات شما را برای اهداف تحقیق تحت برخی شرایط محدود، استفاده یا افشا کنیم.

◀ **برای برطرف کردن یک تهدید جدی نسبت به سلامت یا ایمنی.** در صورت نیاز به پیشگیری از یک تهدید جدی به سلامت و ایمنی شما، یا به سلامت و ایمنی عمومی یا یک فرد دیگر، ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را استفاده یا افشا کنیم. با این حال، هر نوع افشا فقط برای کسی خواهد بود که باور داریم قادر خواهد بود از وقوع تهدید یا آسیب پیشگیری کند.

◀ **برای کارهای ویژه دولتی.** ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را برای کمک به دولت در اجرای کارهایی که به شما مربوط است، استفاده یا افشا کنیم. اطلاعات سلامت شما ممکن است (1) اگر شما عضو نیروهای مسلح باشید، برای نهادهای نظامی افشا شوند تا به آنها در انجام مأموریت نظامی شان کمک کند؛ (2) به مقامات ذیصلاح فدرال برای انجام فعالیت های امنیت ملی افشا شوند؛ (3) به مقامات ذیصلاح فدرال برای ارائه خدمات حفاظتی به رئیس جمهوری یا اشخاص دیگر یا برای بررسی های مجاز قانونی افشا شوند؛ (4) به یک موسسه اصلاحی، اگر شما در زندان هستید، برای مراقبت سلامت و اهداف سلامت و ایمنی افشا شوند؛ (5) به برنامه های کمکی کارگران در صورت وجود مجوز قانونی افشا شوند؛ (6) به نهادهای دولتی اجرای قانون برای محافظت از کارمندان فدرال و دولتی منتخب قانون اساسی و خانواده های آنها افشا شوند؛ (7) به اداره دادگستری کالیفرنیا با اهداف حرکت و شناسایی درباره برخی بیماران مجرم، یا درباره افرادی افشا شوند که نمی توانند یک اسلحه گرم یا سلاح مرگبار را بخرند، داشته باشند یا کنترل کنند؛ (8) به کمیته قوانین سنا یا مجمع با هدف بررسی قانونی افشا شوند؛ (9) به سازمان دفاع و محافظت ایالتی و دفتر حقوق بیماران شهرستان با اهداف برخی بررسی های لازم الاجرا توسط قانون افشا شوند.

◀ **سایر طبقه بندی های ویژه اطلاعات.** در صورت شامل بودن. استفاده یا افشای برخی دسته های اطلاعات - مانند تست وپروس نارسایی مصونیت انسان (اچ آی وی) یا درمان و خدمات سوء مصرف الکل و مواد مخدر، ممکن است مشمول ملزومات قانونی ویژه باشد. علاوه بر آن، استفاده و افشای اطلاعات پزشکی مربوط به هر نوع مراقبت پزشکی عمومی (سلامت غیر روانی) که شما دریافت می کنید، ممکن است مشمول قوانینی نسبتاً متفاوت باشد.

◀ **یادداشت های روان درمانی.** در صورت شامل بودن. منظور از یادداشت های روان درمانی، مواردی هستند (در هر رسانه) که به وسیله یک ارائه کننده مراقبت که یک کارشناس سلامت روانی است، ثبت شده اند و محتوای گفتگو در طول یک مشاوره خصوصی، یا مشاوره گروهی، مشترک یا خانوادگی را مستند یا تحلیل می کند و از بقیه مستندات پزشکی فرد جدا هستند. یادداشت های روان درمانی، نسخه دارو و نظارت، زمان های آغاز و پایان جلسه مشاوره، ویژگی ها و دفعات درمان انجام شده، نتایج تست های کلینیکی، و هر خلاصه ای از موارد زیر را شامل نمی شود: تشخیص، وضعیت عملکردی، برنامه درمان، نشانه های بیماری، پیش بینی بیماری، و تاریخچه بیماری.

ما ممکن است در صورت لزوم قانونی، یادداشت های روان درمانی شما را استفاده یا افشا کنیم، یا:

- ◀ برای استفاده به وسیله بانی اصلی یادداشت ها
- ◀ در برنامه های نظارت شده آموزش سلامت روانی برای دانشجویان، کارآموزان، یا تکنسین ها
- ◀ به وسیله این ارائه کننده برای دفاع از یک دعوی حقوقی یا رسیدگی های دیگر که از طرف فرد مطرح شده است
- ◀ برای پیشگیری یا کاهش یک تهدید جدی و قریب الوقوع به سلامت یا ایمنی یک فرد یا عموم
- ◀ برای نظارت بر سلامت بانی اصلی یادداشت های روان درمانی
- ◀ برای استفاده یا افشا به پزشک قانونی به منظور گزارش مرگ یک بیمار
- ◀ برای استفاده یا افشای لازم جهت پیشگیری یا کاهش یک تهدید جدی و قریب الوقوع به سلامت یا ایمنی یک فرد یا عموم
- ◀ برای استفاده یا افشا به شما یا دبیرخانه DHHS در راستای یک بررسی یا در صورت وجود الزام قانونی.
- ◀ به پزشک قانونی پس از مرگ شما. تا جایی که شما یک مجوز استفاده یا
- ◀ افشای یادداشت های روان درمانی خود را لغو کنید، ما استفاده یا افشای این یادداشت ها را متوقف خواهیم کرد.

◀ **تغییر مالکیت.** در صورت شامل بودن. در صورتی که این کار/برنامه به یک سازمان دیگر فروخته شود یا با آن ادغام شود، اطلاعات/مستندات سلامت شخصی شما به مالکیت مالک جدید در خواهد آمد، اگر چه شما حق دارید بخواهید که رونوشت های اطلاعات سلامت شخصی شما به یک برنامه/کار دیگر منتقل شوند.

#### **افشا فقط پس از آنکه به شما فرصت داده شده است تا موافقت یا اعتراض کنید.**

وضعیت هایی وجود دارند که در آنها ما اطلاعات سلامت شما را به اشتراک نخواهیم گذاشت مگر آنکه در باره آن با شما صحبت کرده باشیم (در صورت امکان) و شما به این اشتراک گذاری اعتراض نکرده باشید. این وضعیت ها عبارتند از:

« **دایرکتوری بیمار.** که در آن ما یک دایرکتوری از نام بیماران مان، وضعیت سلامت، موقعیت درمان و غیره را با اهداف افشا به روحانیون یا به اشخاصی که با نام درباره شما می پرسند، نگهداری می کنیم. درباره امکان به اشتراک گذاری اطلاعات شما با این اشخاص، با شما مشورت خواهیم کرد.

« **افراد دخیل در مراقبت شما یا پرداخت هزینه های مراقبت شما.** ما ممکن است به یک عضو خانواده یا دوست نزدیک، یا شخص دیگری که شما به عنوان دخیل در مراقبت سلامت خود (یا پرداخت هزینه های مراقبت خود) معرفی کرده اید، اطلاعات سلامت شما را که به مشارکت فرد مزبور مربوط می شوند افشا کنیم. برای مثال، اگر شما از یک عضو خانواده یا یک دوست بخواهید تا دارویی را از یک داروخانه برای شما بگیرد، ما ممکن است به آن فرد بگوییم که آن دارو چیست و چه زمانی برای تحویل گرفتن آماده خواهد بود. همچنین، در صورت عدم اعتراض شما، ما ممکن است به یک عضو خانواده (یا فرد دیگر مسئول مراقبت شما) درباره موقعیت و شرایط پزشکی شما اطلاع رسانی کنیم.

« **افشاهای در ارتباطات با شما.** ما ممکن است ارتباطاتی با شما داشته باشیم که در طول آنها اطلاعات سلامت شما را به اشتراک بگذاریم. برای مثال، ممکن است برای تماس با شما اطلاعات سلامت شما را استفاده یا افشا کنیم، مثلاً به عنوان یک یادآوری که شما یک جلسه درمان در اینجا دارید، یا برای اینکه به شما درباره گزینه های احتمالی درمان یا گزینه هایی که شما ممکن است به آنها علاقمند باشید به شما توضیح دهیم یا توصیه کنیم. ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را استفاده یا افشا کنیم تا درباره فواید یا خدمات مربوط به سلامت که ممکن است به آنها علاقمند باشید به شما توضیح دهیم. ما ممکن است درباره فعالیت های جمع کردن اعانه با شما تماس بگیریم.

« **استفاده های دیگر از اطلاعات سلامت.** استفاده ها و افشاهای دیگر اطلاعات سلامت که در این اطلاعیه به آنها پرداخته نشده اند یا قوانینی که شامل ما می شوند، فقط با اجازه کتبی شما انجام خواهند شد. اگر مجوزی را برای استفاده یا افشای اطلاعات سلامت خود در اختیار ما قرار دهید، هر لحظه می توانید به صورت کتبی آن مجوز را لغو کنید. اگر مجوز خود را لغو کنید، ما اطلاعات سلامت شما را برای اهداف مذکور در مجوز کتبی شما، دیگر استفاده یا افشا نخواهیم کرد. شما می فهمید که ما قادر به بازپس گیری هر نوع افشای اطلاعات که قبلاً با مجوز شما انجام داده ایم نیستیم، و اینکه ما باید مستندات مراقبتی را که به شما ارائه کرده ایم باید نگه داریم.

### **حقوق شما درباره اطلاعات سلامت شما**

درباره اطلاعات سلامت شما که ما نگهداری می کنیم، شما دارای حقوق زیر هستید:

« **اطلاع رسانی تخطی.** در صورت یک تخطی از اطلاعات محافظت شده سلامت شخصی، بر اساس الزام قانونی ما شما را مطلع خواهیم کرد. اگر یک نشانی ایمیل در اختیار ما قرار داده باشید، ما ممکن است از ایمیل برای فرستادن اطلاعات مربوط به تخطی استفاده کنیم. در برخی موارد، شریک تجاری ما ممکن است اطلاع رسانی مزبور را انجام دهد. ما ممکن است از روش های دیگر نیز در صورت مناسب بودن برای اطلاع رسانی استفاده کنیم. [نکته: اطلاع رسانی از طریق ایمیل تنها در صورتی به کار خواهد رفت که مطمئن باشیم شامل اطلاعات محافظت شده سلامت نیست و اطلاعات غیرمجاز را افشا نخواهد کرد. برای مثال، اگر نشانی ایمیل ما "[digestivediseaseassociates.com](http://digestivediseaseassociates.com)" باشد، ایمیل فرستاده شده با این نشانی ممکن است، در صورت رهگیری، بیمار و شرایط آنها را شناسایی کند.]

« **حق بازرسی و کپی.** شما حق دارید این اطلاعات سلامت را بازرسی کرده و از آنها کپی تهیه کنید. این امر معمولاً شامل مدارک پزشکی و صورتحسابها است، ولی نمی تواند شامل اطلاعات سلامت روانی باشد. برخی محدودیت ها وجود دارد:

- درخواست خود را باید به صورت کتبی تحویل دهید. ما می توانیم فرم مربوطه و راهنمایی های مربوط به چگونگی تحویل آن را به شما بدهیم.
- اگر یک فتوکپی درخواست کنید، ممکن است مبلغی معقول را برای هزینه های کپی، ارسال نامه، یا سایر موارد مربوط به درخواست شما از شما بگیریم.
- نامه مربوط به این درخواست را می توانید در عرض 10 روز کاری دریافت کنید.
- در برخی مواقع، ممکن است درخواست شما را رد کنیم. اگر درخواست دسترسی شما به اطلاعات سلامت رد شود، بر اساس قانون می توانید درخواست کنید که تصمیم منفی مزبور بازبینی شود.
- اگر درخواست شما را برای دسترسی به یادداشت های روان درمانی شما رد کنیم، حق دارید درخواست کنید که آنها به یک کارشناس سلامت روانی دیگر منتقل شوند.

« **حق اصلاح**. اگر احساس کنید که اطلاعات سلامت شما که ما در اختیار داریم نادرست یا ناقص هستند، می‌تواند از ما بخواهید تا اطلاعات مزبور را اصلاح کنیم. اگر ما تشخیص دهیم که اطلاعات موجود دقیق و کامل نیستند، ملزم نیستیم که اصلاحاتی را انجام دهیم. ما ملزم نیستیم که اطلاعاتی را از مدارک شما حذف کنیم. اگر اشتباهی وجود داشته باشد، با افزودن اطلاعات تشریحی یا تکمیلی اصلاح خواهد شد. تا زمانی که اطلاعات به وسیله مرکز یا برای آن نگهداری می‌شود، حق دارید یک اصلاح را درخواست کنید. برخی محدودیت‌ها وجود دارد:

- درخواست خود را برای اصلاح، باید به صورت کتبی تحویل دهید. ما می‌توانیم فرم مربوطه و راهنمایی‌های مربوط به چگونگی تحویل آن را به شما بدهیم.
- باید دلیلی را برای درخواست خود ارائه کنید.
- اگر درخواست به صورت کتبی نباشد و یا دلیل درخواست را شامل نباشد، ممکن است درخواست شما را برای اصلاح رد کنیم.

علاوه بر آن، اگر اصلاح اطلاعاتی را از ما بخواهید که شامل موارد زیر باشد، ممکن است درخواست تان را رد کنیم:

- اطلاعاتی که به وسیله ما ایجاد نشده اند، مگر آنکه ایجاد کننده اطلاعات دیگر در دسترس نباشد تا اصلاح را انجام دهد؛
- اطلاعاتی که جزو اطلاعات سلامت نگهداری شده به وسیله یا برای مرکز ما نیستند؛
- اطلاعاتی که جزو اطلاعاتی که شما مجاز به بازرسی یا کپی آنها هستید نیستند.

حتی اگر ما درخواست شما را برای اصلاح رد کنیم، شما حق دارید درباره هر کدام از موارد یا اظهاریه‌های موجود در مدارک تان که معتقدید ناقص یا نادرست است پیوستی را تحویل دهید. اگر به روشنی و به صورت کتبی نشان دهید که می‌خواهید پیوست مزبور به عنوان بخشی از مدارک سلامت شما در نظر گرفته شود، ما آن را به مدارک شما اضافه خواهیم کرد و هر زمان که یک اطلاع‌رسانی از مورد یا اظهاریه مذکور که شما معتقدید ناقص یا نادرست است انجام می‌دهیم، آن را نیز ضمیمه خواهیم کرد.

« **حق درخواست محافظت ویژه حریم خصوصی**. شما حق دارید که یک محدودیت را نسبت به اطلاعات سلامت که ما برای درمان، پرداخت، یا عملیات‌های مراقبت سلامت شما استفاده یا افشا می‌کنیم، درخواست کنید. همچنین حق دارید یک محدودیت را نسبت به اطلاعات سلامت درخواست کنید که ما درباره شما به شخصی افشا می‌کنیم که در مراقبت شما یا پرداخت هزینه‌های مراقبت شما مشارکت می‌کند، مانند یک عضو خانواده یا یک دوست. برای مثال، می‌توانید بخواهید که ما از هر کدام از اطلاعات مربوط به تشخیص یا درمان شما به یک دوست استفاده یا افشا نکنیم.

اگر ما با درخواست شما برای محدود کردن چگونگی استفاده ما از اطلاعات شما برای درمان، پرداخت، یا عملیات‌های مراقبت سلامت موافقت کنیم، با درخواست شما موافقت خواهیم کرد مگر آنکه اطلاعات مزبور برای ارائه درمان اضطراری به شما ضروری باشند. برای درخواست محدودیت، باید درخواست خود را به صورت کتبی به ارائه‌کننده خدمات تحویل دهید. در درخواست، باید اطلاعاتی را که می‌خواهید محدود شوند معین کنید، هم‌بطور باید معین کنید که می‌خواهید استفاده، افشا یا هر دو را محدود کنید، و اینکه می‌خواهید محدودیت‌ها نسبت به چه کسی اعمال شوند.

اگر به ما بگویید اطلاعات برنامه سلامت شما را درباره موارد یا خدمات مراقبت سلامت روانی که هزینه آنها را کاملاً و به صورت غیر قابل بازپرداخت، پرداخت کرده‌اید افشا نکنیم، با درخواست شما موافقت خواهیم کرد مگر آنکه مجبور باشیم اطلاعات را برای درمان یا دلایل قانونی افشا کنیم. ما این حق را برای خود محفوظ می‌داریم که هر درخواست دیگر را بپذیریم یا رد کنیم، و درباره تصمیم خود به شما اطلاع خواهیم داد.

« **حق درخواست تماس‌های محرمانه**. شما حق دارید درخواست کنید که ما درباره موضوعات پزشکی به روشی مشخص یا در مکان مشخص با شما ارتباط برقرار کنیم. برای مثال، می‌توانید بخواهید که ما با شما فقط در محل کار یا با ایمیل در تماس باشیم. برای درخواست ارتباط محرمانه، باید درخواست خود را به صورت کتبی به ارائه‌کننده خدمات تحویل دهید. ما از شما دلیل درخواست تان را نخواهیم پرسید. ما درباره همه درخواست‌های منطقی مساعدت خواهیم کرد. درخواست شما باید چگونگی تماس و مکان تماس با شما را مشخص کند.

« **حق داشتن یک نسخه کاغذی از اطلاعات**. شما حق دارید نسخه‌ای از این اطلاعات را دریافت کنید. هر لحظه می‌توانید یک نسخه از این اطلاعات را از ما بخواهید. حتی اگر موافقت کرده‌اید که این اطلاعات را به صورت الکترونیکی دریافت کنید، همچنان حق دارید که یک نسخه کاغذی از این اطلاعات را داشته باشید. می‌توانید یک نسخه از این اطلاعات را از ارائه‌کننده خدمات خود یا از هر کدام از برنامه‌های مذکور در بالا دریافت کنید.

« **حق داشتن تاریخچه افشاها**. شما حق دارید یک «تاریخچه افشاها» را درخواست کنید. این تاریخچه، فهرستی از افشاهایی است که ما در طول شش (6) سال پیش از تاریخ درخواست تاریخچه توسط شما، در مورد اطلاعات سلامت شما انجام داده‌ایم. تاریخچه مزبور موارد زیر را شامل نخواهد بود:

- افشاهای لازم برای درمان، پرداخت یا عملیات های مراقبت سلامت.
- افشاهایی که ما به خود شما انجام داده ایم.
- افشاهایی که صرفاً بخش فرعی یک افشا به شمار می رفتند که در شرایط دیگر مشمول مجوز یا لزوم افشا می بودند.
- افشاهایی که با مجوز کتبی شما انجام شده اند.
- برخی افشاهای دیگر که ما با مجوز یا الزام قانونی انجام داده ایم.

برای درخواست این فهرست یا تاریخچه افشاها، باید درخواست خود را به صورت کتبی تحویل دهید. ما می توانیم فرم مربوطه و راهنمایی های مربوط به چگونگی تحویل آن را به شما بدهیم. درخواست شما باید یک دوره زمانی مشخص را که نمی تواند بیش از شش (6) سال باشد و نمی تواند تاریخ های پیش از 14 آوریل 2003 را شامل شود اعلام کند. درخواست شما باید نشان دهد که شما فهرست مزبور را به چه شکل می خواهید دریافت کنید (برای مثال، به صورت کاغذی یا الکترونیکی). فهرست نخست که شما برای دوره زمانی کمتر از 12 ماه درخواست می کنید، رایگان خواهد بود. برای فهرست های بیشتر، ما ممکن است مبلغی را برای هزینه های تهیه فهرست از شما بگیریم. درباره هزینه ها به شما اطلاع خواهیم داد و شما در آن زمان و پیش از پرداخت مبلغ می توانید درخواست خود را پس بگیرید و یا اصلاح کنید.

علاوه بر آن، بر اساس الزام قانونی، اگر اطلاعات سلامت شما به شکل غیرقانونی مورد دسترسی یا افشا قرار گرفته اند، ما باید به شما اطلاع دهیم.

### **تغییرات در این اطلاعیه**

ما حق خود را نسبت به انجام تغییرات در این اطلاعیه محفوظ می داریم. ما حق داریم اطلاعیه تجدید یا تغییر یافته را برای اطلاعات سلامت شما که از قبل در اختیار داشتیم و نیز هر نوع اطلاعاتی را که در آینده دریافت می کنیم، لازم الاجرا سازیم. ما نسخه ای از اطلاعیه کنونی را در مراکزمان و در وبسایت ارائه کننده خدمات مان در اختیار شما قرار خواهیم داد. زمانی که/اگر اطلاعیه حریم خصوصی تغییر کند، یا اگر شما در یک سایت جدید خدمات نام نویسی کنید، نسخه ای از یک اطلاعیه جدید را دریافت خواهید کرد.

### **شکایات**

همه برنامه های آژانس خدمات مراقبت سلامت متعهد به محافظت از حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی شما هستند. اگر معتقد هستید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده اند، می توانید شکایتی را نزد اداره ای که معتقدید نقض مزبور در آنجا رخ داده است تنظیم کنید. ما ادعای شما را به سرعت بررسی خواهیم کرد و در صورت لزوم اقدام اصلاحی را اتخاذ خواهیم کرد.

همه شکایات باید به صورت کتبی تحویل داده شوند. شما به دلیل تنظیم یک شکایت، جریمه نخواهید شد. با تماس با نشانی زیر، می توانید نسخه ای از فرم و راهنمایی های مربوط به تنظیم یک شکایت را دریافت کنید:

بخش سلامت عمومی	اداره و سلامت مستمندان	بخش سلامت محیط	خدمات مراقبت سلامت رفتاری
دفتر مدیر قابل توجه: موضوع حریم خصوصی  1000 Broadway 5th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000	دفتر مدیر 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	دفتر مدیر 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	دفتر پشتیبانی مصرف کنندگان 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787

شما همچنین می توانید شکایتی را نزد اداره خدمات سلامت و انسان ایالات متحده تنظیم کنید. این اداره از HCSA خواهد خواست تا شکایت را بررسی کند، بنابراین حل و فصل شکایت شما ممکن است نسبت به حالتی که شما مستقیماً و با نشانی بالا با HCSA تماس می گیرید، طولانی تر باشد. برای تنظیم یک شکایت نزد دبیرخانه اداره خدمات سلامت و انسان ایالات متحده، با نشانی زیر تماس بگیرید:

#### دفتر حقوق مدنی

اداره خدمات سلامت و انسان ایالات متحده

50 United Nations Plaza, Room 322

San Francisco, CA 94102

(415) 437-8310؛ (415) 437-8311 (افراد دارای نارسایی شنوایی)

فکس (415) 437-8329

وبسایت: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

#### یادداشت اطلاعات CFR 42 بخش 2:

اطلاعات مربوط به افشای بیمار مواد مخدر و الکل

لطفاً با دقت بخوانید.

(فقط شامل ذینفع هایی که خدمات درمان استعمال مواد را دریافت می کنند)

**CFR 42، بخش 2:** اطلاعات عمومی درباره مراقبت سلامت شما، شامل پرداخت هزینه های مراقبت سلامت، از طریق قوانین و مقررات فدرال محافظت می شوند، از جمله مصوبه قابلیت انتقال و پاسخگویی سلامت سال 1996 («HIPAA»)، 42 U.S.C. قانون 1320d et seq.، 45 C.F.R. بخشهای 160 و 164، و قانون رازداری، 42 U.S.C. قانون 290dd-2، و 42 C.F.R. بخش 2. بر اساس این قوانین و مقررات، محرمانه بودن سوابق درمان اختلال استعمال مواد («SUD») شما، از محرمانه بودن هویت، تشخیص، پیش بینی بیماری، یا سوابق درمان ایجاد شده در ارتباط با اجرای هر کدام از برنامه ها یا فعالیت های مربوط به آموزش سوء استفاده از مواد، پیشگیری، آموزش، بازپروری درمان یا تحقیق تحت حمایت فدرال، محافظت می کند. ارائه کننده خدمات نمی تواند به فردی خارج از برنامه بگوید که شما در برنامه شرکت می کنید، و ارائه کننده خدمات نمی تواند هر گونه اطلاعاتی را که باعث شناسایی شما به عنوان یک بیمار درمان الکل یا مواد مخدر می شود فاش کند، یا هر گونه اطلاعات محافظت شده دیگر، غیر از موارد مجاز از سوی قانون فدرال، را فاش کند.

یک ارائه کننده خدمات، پیش از آنکه بتواند اطلاعات مربوط به شما را برای اهداف پرداخت هزینه ها افشا کند، باید رضایت کتبی شما را به دست آورد. برای مثال، ارائه کننده خدمات، پیش از آنکه بتواند اطلاعات را به بیمه کننده سلامت شما به منظور پرداخت هزینه ها، افشا کند باید رضایت کتبی شما را به دست آورد. ارائه کننده خدمات همچنین، پیش از آنکه بتواند اطلاعات مربوط به شما را بفروشد یا اطلاعات مربوط به شما را برای اهداف بازاریابی افشا کند، ملزم است رضایت کتبی شما را به دست آورد. به طور کلی، همچنین پیش از آنکه ارائه کننده خدمات بتواند اطلاعات را برای اهداف درمان یا برای عملیات مراقبت سلامت به اشتراک بگذارد، شما باید یک رضایتنامه کتبی را امضاء کنید. اگرچه ارائه کننده خدمات به طور کلی نمی تواند اطلاعاتی را که مستقیم یا غیرمستقیم، یک مشتری را به عنوان یک مشتری SUD معرفی خواهند کرد افشا کند، قوانین و

مقررات فدرال به ارائه کننده خدمات اجازه می دهد تا اطلاعات را بدون اجازه کتبی شما افشا کند، که ممکن است شامل موارد زیر باشند:

1. اگر یک مشتری خطری برای خود یا دیگران است؛
2. اگر یک مشتری خطری برای دیگران است یا دیگران را به آسیب زدن تهدید کرده است؛
3. اگر یک مشتری شدیداً ناتوان است و قادر نیست یک تصمیم منطقی را درباره نیاز خود به درمان بگیرد؛
4. اگر یک مشتری مظنون به سوء استفاده یا غفلت از کودک است؛
5. اگر یک مشتری مظنون به سوء استفاده از سالمند است؛
6. اگر یک مشتری در وضعیت اضطراری پزشکی است و از دادن اجازه ناتوان است؛
7. اگر اطلاعات مشتری برای بازبینی کیفیت به کار می رود؛
8. پیرو یک توافق با یک سازمان خدمات مجاز (QSO)، مثلاً برای ثبت سوابق، حسابداری، یا سایر خدمات حرفه ای؛
9. برای بازبینی به وسیله نهادهای تایید کننده صادر کننده مجوز.

یک تخلف از قانون و مقررات فدرال از سوی یک برنامه مشمول CFR 42 بخش 2، جرم است و تخلف های مورد سوء ظن ممکن است به مقامات مربوطه، از جمله دادستان ایالات متحده برای ناحیه شمال کالیفرنیا ( 450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) و اداره خدمات مراقبت سلامت کالیفرنیا ( 1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389) گزارش شوند.

ارائه کننده خدمات پیش از آنکه بتواند هر گونه اطلاعات مربوط به سلامت شما را که در بالا اشاره نشده است یا به شیوه ای دیگر بر اساس قوانین و مقررات مربوطه (مثلاً CFR 42 بخش 2) اجازه داده نشده اند، به شیوه ای به کار برد یا افشا کند، نخست باید رضایت کتبی شما را که به ارائه کننده خدمات اجازه می دهد افشا را انجام دهد به دست آورد. هر رضایت از این نوع را می توان به صورت شفاهی یا کتبی لغو کرد.

وظایف ارائه کننده خدمات: ارائه کننده خدمات از نظر قانونی ملزم است حریم خصوصی اطلاعات سلامت و اطلاعات SUD شما را رعایت کند و یادداشت مربوط به وظایف قانونی و مقررات حریم خصوصی خود را در رابطه با اطلاعات سلامت شما، در اختیار شما قرار دهد. ارائه کننده خدمات از نظر قانونی ملزم است از مفاد این یادداشت پیروی کند و مفاد جدید یادداشت را که برای همه اطلاعات محافظت شده سلامت، نگهداری شده نزد خود، معتبر هستند ایجاد کند. یادداشت های بازبینی و به روز رسانی، در طول جلسات درمان به افراد داده خواهند شد و در تابلوی اعلانات عمومی در لابی نصب خواهند شد. شکایت و گزارش تخطی ها: اگر از هر کدام از موضوعات مربوط به خدمات خود، از جمله مسائل رازداری رضایت ندارید یا نمی خواهید درباره موضوعی با ارائه کننده خدمات خود صحبت کنید، می توانید با پشتیبانی مصرف کنندگان با شماره (800) 1 779-0787 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر، به بخش فرایند حل و فصل مشکل دینفع در صفحات 4-5 این بسته مراجعه کنید.



## خدمات مراقبت سلامت رفتاری شهرستان آلامدا

نام برنامه:  شماره RU، اگر موجود است:	نام ذینفع:	
	تاریخ تولد:	تاریخ پذیرش:
	شماره در سیستم:	

### مطالب اطلاع رسانی -- حقوق و مسئولیت های شما

#### تایید رسید

#### رضایت برای خدمات

همان گونه که در صفحه یک این بسته توضیح داده شد، امضای شما در زیر، رضایت شما را برای دریافت خدمات داوطلبانه مراقبت سلامت از این خدمات دهنده اعلام می کند. اگر نماینده قانونی یک فرد ذینفع هستید، امضای شما آن رضایت را اعلام می کند.

#### مطالب اطلاع رسانی

امضای شما همچنین به این معنی است که مواردی که در زیر علامت زده شده اند، با یک زبان یا به روشی که می توانستید بفهمید به شما توضیح داده شده اند، بسته مطالب اطلاع رسانی برای نگهداری شما به شما داده شده است، و شما با روش تحویل راهنما و فهرست ارائه کنندگان خدمات موافقت می کنید. هر لحظه می توانید یک توضیح و/یا کپی های مطالب را دوباره درخواست کنید.

**اطلاع رسانی اولیه:** لطفا کادرهای زیر را علامت بزنید تا نشان دهد کدام مطالب در هنگام پذیرش یا هر زمان دیگر، به شما توضیح داده شده اند.

- رضایت برای خدمات
- آزادی انتخاب
- رازداری و حریم خصوصی
- ایجاد یک محل خوشایند و امن (یک مطلب اطلاع رسانی ضروری از سوی ایالت نیست)
- «راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal» یا «راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal»
- تحویل از طریق:  دسترسی اینترنتی  کپی الکترونیک ایمیلی  کپی کاغذی
- فهرست ارائه کنندگان خدمات برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا
- تحویل از طریق:  دسترسی اینترنتی  کپی الکترونیک ایمیلی  کپی کاغذی
- اطلاعات حل و فصل مشکل ذینفع
- اطلاعات دستورالعمل پیشرفته (برای سن 18+ و زمانی که مشتری 18 ساله می شود)
- آیا تاکنون یک دستورالعمل پیشرفته ایجاد کرده اید؟  بله  خیر
- اگر بله، ممکن است یک کپی را برای سوابق مان داشته باشیم؟  بله  خیر
- اگر نه، می توانیم برای ایجاد یک دستورالعمل پیشرفته به شما کمک کنیم؟  بله  خیر
- اطلاعیه مقررات حریم خصوصی – HIPAA & HITECH
- یادداشت اطلاعات CFR 42 بخش 2: اطلاعات مربوط به افشای بیمار مواد مخدر و الکل
- (فقط برای مشتریانی که خدمات درمان استعمال مواد را دریافت می کنند)

امضای ذینفع: (یا نماینده قانونی، در صورت وجود)	تاریخ:
---	--------

تاریخ:	حروف نخست نام روانشناس بالینی/کارکنان:
نشانی ایمیل برای تحویل راهنما و فهرست ارائه کنندگان خدمات، در صورت وجود:	

**اطلاع رسانی سالانه:** ارائه کننده خدمات شما باید هر سال به شما یادآوری کند که مطالب فهرست شده در بالا، برای بازبینی شما موجود هستند. لطفا حروف نخست نام خود و تاریخ را در کادر زیر وارد کنید تا زمان این امر را نشان دهید.

حروف نخست نام و تاریخ:	حروف نخست نام و تاریخ:	حروف نخست نام و تاریخ:	حروف نخست نام و تاریخ:
------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

هر سال از یک کادر برای حروف نخست نام **نیتفیع** و تاریخ (یا نماینده قانونی او) استفاده کنید (بالا را ببینید).

#### **توصیه هایی برای ارائه کننده خدمات:**

- ❖ اطلاع رسانی اولیه: هر مورد مربوطه در بسته را به زبان یا روش ارتباطی که فرد نیتفیع ترجیح می دهد به او (یا نماینده قانونی) توضیح دهید. کادر اطلاعات شناسایی را در بالای صفحه قبل کامل کنید. کادرهای مربوطه را علامت بزنید تا موارد توضیح داده شده/ارائه شده را مشخص کنید. از فرد نیتفیع بخواهید در کادر مربوطه امضاء کرده و تاریخ را درج کند. حروف نخست نام کارکنان و تاریخ را در کادر مربوطه درج کنید. بقیه بسته مطالب اطلاع رسانی را به فرد نیتفیع بدهید تا نگهداری کند. این صفحه امضاء را به عنوان صفحه قالب استفاده کنید.
- ❖ اطلاع رسانی سالانه: درباره امکان دسترسی به همه مطالب جهت بازبینی، و بازبینی همه مطالب در صورت لزوم، به افراد نیتفیع یادآوری کنید. حروف نخست نام و تاریخ مربوطه را در کادرهای مربوطه دریافت کنید.
- ❖ بسته در همه زبانهای پذیرفته شده و یک برگه راهنمای دقیق، در وبسایت [www.acbhcs.org/providers](http://www.acbhcs.org/providers)، و در بخش QA موجود است.