

دفترچه اطلاعات

راهنمای شما در خصوص رضایت برای دریافت خدمات و حقوق و مسئولیت‌ها تحت برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا

ACBH اداره تضمین کیفیت   
[QAOffice@acgov.org](mailto:QAOffice@acgov.org)  
May, 2021

**English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.

Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo.

Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý:  Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ.   
Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog/Filipino)**

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: *711*) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: *711*) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

**한국어 (Korean)**

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: *711*)번으로 ACBH ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

**繁體中文(Chinese)**

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言协助服務。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。 請直接與您的服務提供者聯繫，或致電ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

**Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ *711*):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ *711*):

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: *711*).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711). (Телетайп: *711*).

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارد.

لطفاٌ با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات با ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک و خدمات جانبی، از جمله اسناد با سایز بزرگ و قالب های جایگزین، درصورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. لطفاٌ با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات با ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

**日本語 (Japanese)**

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。

ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBH ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: *711*)までご連絡ください。

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料でご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBH ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: *711*) までご連絡ください。

**Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.

Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam thiab khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: *711*).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

 ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

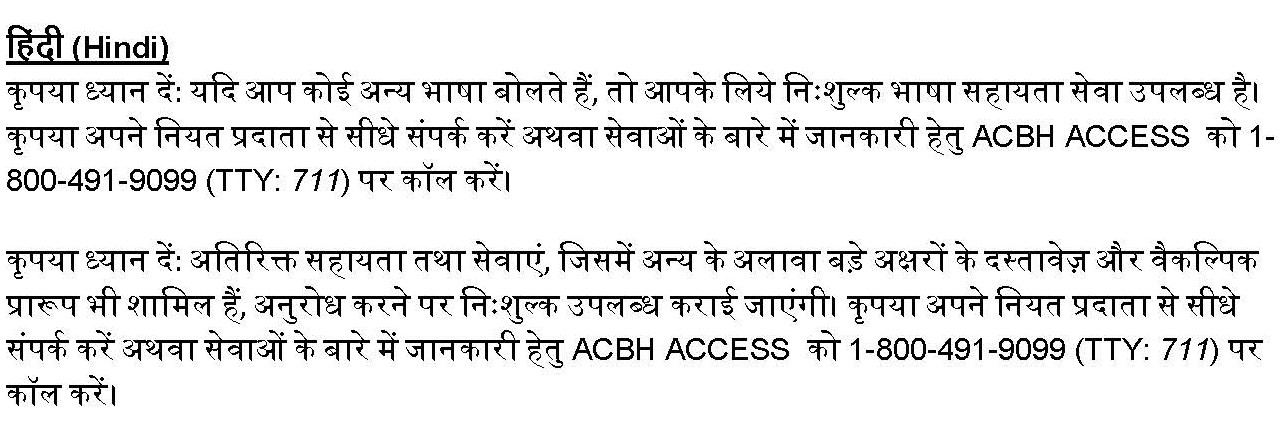
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

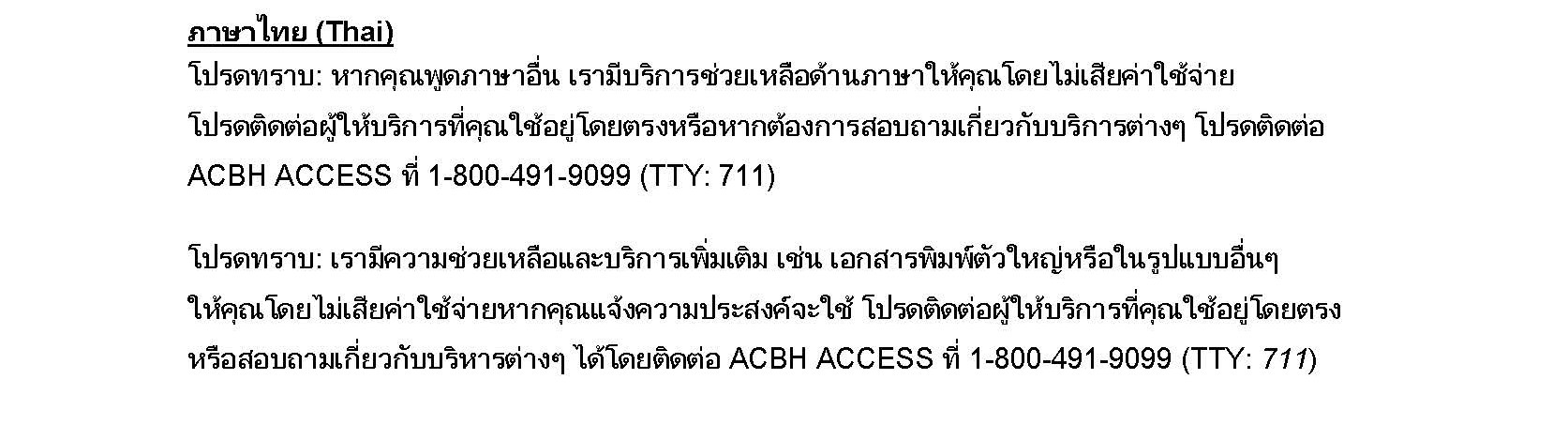
**العربية (Arabic)**

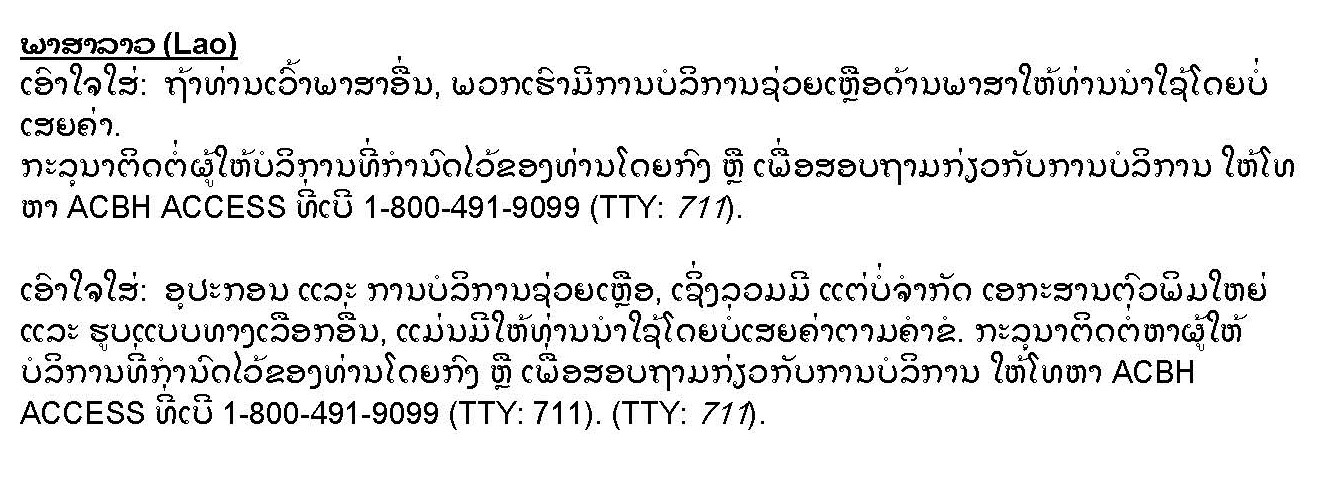
انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا.

يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أواتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: *711*).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: *711*). (الهاتف النصي: *711).*



****

**(Cambodian)** ចំណំ៖ ប្រសិនបរើអ្នកនិយាយភាសាបសេងប ៀត បសវាជំនួយភាសាបោយឥតគិតថ្លៃ គឺ អាចស្សែងរកបានសប្ារ់អ្នក។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា ល់បៅកាន់អ្នកសតល់បសវាស្ែលានការ ួលសាា ល់ររស់អ្នក ឬបែើមបី ប្ែើការសាកសួរអ្ំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711)។ ចំណំ៖ សាា រៈនិងបសវាកមមជំនួយ ានជាអា ិ៍ឯកសារជាអ្កេរពុមព្ំនិងឯកសារជា ប្មង់ បសេងប ៀត អាចស្សែងរកបានសប្ារ់អ្នកបោយឥតគិតថ្លៃបៅតាមការបសនើសុំ។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា ល់បៅកាន់អ្នកសតល់បសវាស្ែលានការ ួលសាា ល់ររស់អ្នក ឬ បែើមបីសាកសួរអ្ំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711). )****

فهرست مطالب

[به برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا خوش آمدید](#_Toc43738229) 1

[رضایت برای دریافت خدمات 2](#_Toc43738230)

[آزادی انتخاب 4](#_Toc43738231)

اطلاعیه عدم تبعیض 4

[محرمانگی و حریم خصوصی](#_Toc43738232) 5

[حفظ یک مکان پذیرا و امن](#_Toc43738233) 6

[راهنمای ذینفعان و فهرست ارائه‌دهندگان 7](#_Toc43738234)

[اطلاعات مربوط به حل مشکل ذینفعان 8](#_Toc43738235)

[⮘ دیگر روندهای طرح شکایت قابل دسترس از طریق هیئت علوم رفتاری 10](#_Toc43738236)

[اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی 11](#_Toc43738237)

[اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی 12](#_Toc43738238)

[اعلامیه اطلاعات 42 CFR بخش 2: افشای اطلاعات مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل توسط بیمار](#_Toc43738239) 21

[تصدیق دریافت خدمات 2](#_Toc43738240)3

[⮘ دستورالعمل‌های ‌ارائه‌دهندگان](#_Toc43738241) 24

**به برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا خوش آمدید**

خوش آمدید! ما از شما بعنوان عضوی (ذینفع) از برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا (BHP) که خواستار دریافت خدمات سلامت رفتاری از این ‌ارائه‌دهنده است، می‌خواهیم تا این بسته اطلاعاتی که حقوق و مسئولیت‌هایتان را توضیح می‌دهد مرور نمایید. BHP شهرستان آلامدا، خدمات سلامت روانی ارائه شده به‌وسیله برنامه سلامت رفتاری شهرستان و نیز خدمات درمان اختلال سوءمصرف مواد (SUD) ارائه شده به‌وسیله سیستم ارائه SUD سازمان‌یافته شهرستان را پوشش می‌دهد؛ شما می‌توانید یک یا هر دو این خدمات را دریافت کنید.

نام ‌ارائه‌دهنده:

شخص ارائه کننده خدمات به شما، این مطالب را با شما بررسی خواهد نمود. به شما این بسته داده می‌شود تا با خود به خانه برده و هر زمان که می‌خواهید آن را بررسی کنید، **و از شما خواسته خواهد شد تا صفحه آخر این بسته را امضا نمایید تا مشخص گردد چه موضوعات مورد بحث قرار گرفته و چه مطالبی را دریافت کرده‌اید**. ‌ارائه‌دهندگان خدمات نیز ملزم هستند تا هر ساله شما را از دسترسی به اطلاعات معین در این بسته مطلع سازند و در صفحه آخر این بسته جایی وجود دارد که زمان این اطلاع‌رسانی‌ها را نشان می‌دهد.

این بسته حاوی اطلاعات زیادی است، بنابراین برای خواندن آن وقت گذاشته و هر سؤالی دارید بپرسید! دانستن و درک حقوق و مسئولیت‌‌هایتان به شما کمک می‌کند تا مراقبت‌های شایسته‌تان را دریافت کنید.

# رضایت برای دریافت خدمات

به عنوان عضوی از این برنامه سلامت رفتاری (BHP)، امضای شما در آخرین صفحه این بسته، نشانگر رضایت شما برای دریافت خدمات سلامت رفتاری داوطلبانه از این ‌ارائه‌دهنده می‌باشد. اگر نماینده قانونی ذینفع این BHP هستید، امضای شما این رضایت را نشان می‌دهد.

همچنین رضایت شما برای خدمات بدان معنی است که این ‌ارائه‌دهنده وظیفه دارد شما را از توصیه‌های مراقبتی خود مطلع سازد تا تصمیم شما مبنی بر مشارکت با اطلاع کامل اتخاذ شده و معنادار باشد. علاوه بر داشتن حق متوقف کردن خدمات در هر زمان، شما ه حق دارید تا از بکارگیری هرگونه توصیه، مداخلات سلامت رفتاری یا رویه‌های درمانی خودداری کنید.

این ‌ارائه‌دهنده ممکن است یک فرم رضایت اضافی برای امضا شدن توسط شما داشته باشد که با جزئیات بیشتری انواع خدماتی را که ممکن است دریافت کنید توصیف می‌کند. این موارد ممکن است شامل ارزیابی‌ها، سنجش‌ها، مشاوره‌های فردی، مشاوره گروهی، مداخله در بحران، روان‌درمانی، مدیریت پرونده، خدمات توانبخشی، خدمات دارویی، درمان به کمک دارو، مراجعه به سایر متخصصان بهداشت رفتاری و مشاوره با متخصصان دیگر از طرف شما باشد.

‌ارائه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای ممکن است شامل پزشکان، پرستاران رسمی، دستیاران پزشک، درمان‌گران در حوزه‌های ازدواج و خانواده، مددکاران اجتماعی بالینی (LCSW)، مشاوران بالینی حرفه‌ای، روانشناسان، دستیاران رسمی و متخصصان معتبر گردد. اگر ‌ارائه‌دهنده خدمات شما یک ‌ارائه‌دهنده حرفه‌ای بدون مجوز است (به عنوان مثال، کارآموز دانشجو یا دستیار رسمی)، باید کتباً شما را از این امر مطلع کند. کلیه کارکنان حرفه‌ای بدون مجوز زیر نظر متخصصان دارای مجوز فعالیت می‌کنند.

خدمات درمانی SUD ممکن است روش‌های زیر را شامل شود: ارزیابی، برنامه‌ریزی، مشاوره فردی و گروهی، مدیریت پرونده، تست اعتیاد، خانواده درمانی و برنامه‌ریزی ترخیص. شما حق دارید تا از هر یک از روش‌های زیر امتناع ورزید: مشاوره فردی، مشاوره گروهی، مدیریت پرونده، تست اعتیاد، خانواده درمانی و برنامه‌ریزی ترخیص. علاوه بر این، ممکن است الزامات دیگری برای تست اعتیاد (دادگاه درمان‌مدار مخصوص معتادان، SSA، آزادی مشروط و غیره) خارج از الزامات ACBH وجود داشته باشد.

اقامتگاه‌های بازپروری

* شرط زندگی در اقامتگاه‌های بازپروری، انجام تست اعتیاد توسط ساکنان است.

برنامه‌های درمان اعتیاد به مواد افیونی (OTP)\*

* OTPها برای انجام تست اعتیاد در هر برنامه لازم هستند.

دلایل ترخیص از برنامه شامل ایجاد یک محیط مزاحم یا خطرناک برای سایر شرکت‌کنندگان می‌باشد. گاهی اوقات این امر به دلیل نشئگی مددجو است. در این شرایط، مشاور با شما در این خصوص صحبت خواهد کرد و ممکن است تست اعتیاد فوری را توصیه کند. اگرچه می‌توان از تست اعتیاد امتناع ورزید، اما لازم است بدانید که این موضوع باید بخشی از بحث برسر رفتارهایی باشد که به عقیده مشاور برای سایر مراجعین مزاحم یا خطرناک به شمار می‌رود. خواه در این شرایط شما با تست اعتیاد موافقت کنید و خواه از انجام آن بپرهیزید، اگر به رفتارتان توجه نکرده و آن را تغییر ندهید تا یک محیط غیرمزاحم و امن را برای همه افراد در برنامه ایجاد نکنید، ممکن است همچنان از برنامه مرخص شوید (دوره زمانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت). به‌علاوه، اگر به امتناع از دریافت خدمات ارائه شده ادامه دهید، کارکنان درمان‌کننده شما ممکن است مکان مناسب‌تری را به شما توصیه کنند.

اگر به صورت غیرداوطلبانه از یک برنامه خارج شده‌اید و با تصمیم مربوطه مخالف هستید، می‌توانید اعتراضی را نزد اداره کمک به مصرف‌کنندگان سلامت رفتاری شهرستان آلامدا ثبت کنید:

با تلفن: 0787-779-800-1

برای دریافت کمک گفتاری و شنوایی، با شماره 711، خدمات تقویت کالیفرنیا، تماس بگیرید.

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

حضوری: با مراجعه به بخش کمک به مصرف‌کنندگان در اتحادیه سلامت روانی به نشانی

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

پاسخ اخلاقی به مثبت بودن نتیجه تست اعتیاد، صحبت کردن در خصوص این یافته‌ها با مراجعه‌کننده و درنظر‌گرفتن تغییرات در طرح درمانی شما براساس شواهد است. متخصصان درمان اعتیاد و سازمان‌های ‌ارائه‌دهنده خدمات، اقدامات لازم را برای اطمینان از این موضوع انجام خواهند داد که نتایج تست اعتیاد تا حد مجاز شده توسط قانون محرمانه باقی می‌ماند.

# آزادی انتخاب

به عنوان برنامه سلامت رفتاری شما، مسئولیت داریم تا به شما بگوییم که هرکسی که خدمات ما را دریافت می‌کند (از جمله افراد زیر سن قانونی و نماینده قانونی خردسالان) باید به موارد زیر آگاهی داشته باشد:

1. پذیرش و مشارکت در سیستم سلامت رفتاری داوطلبانه است؛ برای دسترسی به سایر خدمات جامعه الزامی وجود ندارد.
2. شما حق دسترسی به سایر خدمات سلامت رفتاری که توسط Medi-Cal تأمین می‌شود و همچنین حق درخواست\* برای تغییر ‌ارائه‌دهنده یا کارمندان را دارید.
3. برنامه سلامت رفتاری با طیف گسترده‌ای از ‌ارائه‌دهندگان در جامعه قراردادهایی دارد که ممکن است ‌ارائه‌دهندگان مذهب-محور را نیز شامل شود. قوانینی وجود دارد که بر ‌عملکرد ارائه‌دهندگان مذهب-محوری که بودجه فدرال دریافت می‌کنند نظارت دارد، از جمله اینكه آنها باید به همه افراد واجد‌شرایط (صرف نظر از عقاید مذهبی) خدمت‌رسانی کرده و اینكه بودجه فدرال نباید برای حمایت از فعالیت‌های مذهبی (مانند عبادت، آموزش دینی یا تلاش‌ها برای تغییر دین یک عضو) مورد استفاده قرار گیرند. اگر شما به یک ‌ارائه‌دهنده مذهب-محور ارجاع شده‌اید و به دریافت خدمات از آن ‌ارائه‌دهنده به دلیل داشتن ماهیت مذهبی اعتراض دارید، در صورت درخواست\* حق دارید به یک ‌ارائه‌دهنده دیگر ارجاع شوید.

\* BHP با اعضا و خانواده‌های آنها همکاری می‌کند تا هر درخواست معقول را قبول کند، اما ما نمی‌توانیم تضمین کنیم تمام درخواست‌ها برای تغییر ‌ارائه‌دهنده با موافقت همراه شود. با این حال، درخواست‌ها برای تغییر ‌ارائه‌دهنده به دلیل اعتراض به ماهیت مذهبی آن پذیرفته خواهند شد.

اطلاعیه عدم تبعیض

تبعیض، خلاف قانون است. برنامه سلامت رفتاری شهرستان آلامدا از قوانین فدرال حقوق مدنی پیروی می‌کند و بر اساس نژاد، مذهب، قومیت، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت، گرایش جنسی، جنسیت، یا توان پرداخت، تبعیض قائل نمی‌شود، افراد را محروم نمی‌سازد، و یا با آنها متفاوت رفتار نمی‌کند.

# محرمانگی و حفظ حریم خصوصی

محرمانه ماندن اطلاعات سلامتی شما حین مشارکت در خدمات درمانی ما، یک حق شخصی بسیار مهم برای شماست. این بسته حاوی نسخه‌ای از "اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی" شماست که در آن توضیح داده شده چگونه خدمات مراقبت سلامت رفتاری شهرستان آلامدا سوابق درمانی و اطلاعات شخصی‌تان را محرمانه باقی نگه داشته، مورد استفاده قرار داده و افشا نموده است و همچنین چگونه شما می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. اگر شما در حال دریافت خدمات درمان اختلال سوءمصرف مواد مخدر (SUD) هستید، این بسته شامل یک نسخه از "اعلامیه اطلاعات 42 CFR بخش 2 - افشای اطلاعات مربوط به بیمار مصرف کننده مواد مخدر و الکل" است. ‌ارائه‌دهنده شما باید اطلاعات مربوط به حقوق مبنی بر محرمانگی و حفظ حریم خصوصی را در اختیار شما قرار دهد.

در شرایط خاصی که مستلزم امنیت شما یا دیگران می‌شود، اگرچه ‌ارائه‌دهندگان عموماً نمی‌توانند اطلاعاتی را فاش کنند که بطور مستقیم یا غیرمستقیم شما را به عنوان ذینفع دریافت خدمات SUD معرفی می‌کند، اما از لحاظ قانونی موظف هستند تا پرونده شما را با افراد در خارج از نظام خدمات مراقبت‌ سلامت رفتاری در میان بگذارند.

این شرایط عبارتند از:

1. اگر تهدید کنید به فرد (افراد) دیگری صدمه می‌زنید، آن فرد (افراد) و یا پلیس باید مطلع شود.
2. در صورت لزوم، اگر تهدیدی جدی برای سلامت و امنیت خود به وجود آورده‌اید.
3. تمام موارد مشکوک به سوء استفاده از کودکان باید به مقامات ایالتی یا محلی مربوطه گزارش داده شود.
4. تمام موارد مشکوک به سوء استفاده از یک فرد مسن/ وابسته باید به مقامات دولتی یا محلی مربوطه گزارش داده شود.
5. اگر دادگاهی به ما دستور داد پرونده‌های شما را منتشر كنیم، باید این كار را انجام دهیم.
6. ارتکاب جرم توسط یک بیمار در محل یا علیه پرسنل یک ‌ارائه‌دهنده خدمات درمان مواد مخدر؛ چنین گزارش‌هایی محافظت نمی‌شوند.

# اگر در مورد این محدودیت‌های محرمانگی سؤالی دارید، لطفاً با شخصی که این مطالب را به شما توضیح می‌دهد صحبت کنید. اطلاعات بیشتر در مورد موارد فوق و سایر محدودیت‌های محرمانگی، در بخش‌های "اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی" و "اعلامیه اطلاعات 42 CFR بخش 2 - افشای اطلاعات مربوط به بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل" این بسته ارائه شده‌ است.

# حفظ یک مکان پذیرا و امن

برای ما بسیار مهم است تا هر یک از اعضا دقیقاً همانطور که مناسب است از مراقبت‌ها برخوردار شوند. مهمترین کار ما این است به شما کمک کنیم تا احساس کنید در جای مناسبی هستید و این که ما شما را بشناسیم و به شما در داشتن یک زندگی شاد و پربار کمک کنیم. اگر کاری انجام می‌دهیم که باعث می‌شود احساس ناخوشایندی، ناامنی یا بی‌احترامی به شما دست دهد، لطفاً به ما اطلاع دهید.

همچنین بسیار مهم است تا خدمات را در مکانهای امن و پذیرا ارائه کنیم. ما از شما می‌خواهیم در صورت رخ دادن هرگونه اتفاق در محل خدمت‌رسانی که باعث حس ناامنی شما می‌شود، آن را به ما اطلاع داده تا برای حل آن تلاش کنیم.

یکی از راه‌های کمک به ایجاد امنیت، داشتن قوانینی است که همه (‌ارائه‌دهندگان و اعضا) را به داشتن رفتارهای امن و محترمانه ملزم می‌سازد. این قوانین عبارتند از:

|  |  |
| --- | --- |
| * به شکل امن با خود و دیگران رفتار کنید. | * از داشتن هرگونه سلاح اجتناب بورزید. |
| * با دیگران محترمانه صحبت کنید. | * به حریم خصوصی افراد احترام بگذارید. |
| * به اموال دیگران و این محل خدمت‌رسانی احترام بگذارید. | * فروش، استفاده و توزیع الکل، مواد مخدر، محصولات درای نیکوتین/ تنباکو و سیگار الکترونیکی در محل ممنوع است. |

برای داشتن مکانی که پذیرای همه افراد است، از هر کسی که عمدآ به شکلی ناامن رفتار کند خواسته می‌شود تا محل را ترک کند، ارائه خدمات به وی ممکن است بطور موقت یا کامل متوقف شود و در صورت لزوم می‌توان اقدامات قانونی انجام داد. بنابراین، اگر فکر می‌کنید با رعایت این قوانین مشکل دارید، لطفاً به ‌ارائه‌دهنده خود اطلاع دهید. ما سخت تلاش خواهیم کرد تا به شما کمک کنیم تا به طریقی که از نظر شما و اطرافیان‌تان امن باشد احساس خوشامد کنید.

ما از همه کسانی که برای دنبال کردن این قوانین با ما همکاری می‌کنند قدردانی می‌کنیم.

**راهنمای ذینفعان و فهرست ‌ارائه‌دهندگان**

**کتابچه راهنمای ذینفعان برنامه سلامت رفتاری (BHP)، راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal یا راهنمای خدمات دارویی Medi-Cal هنگام شروع خدمات به شما ارائه می‌شوند. آنها حاوی اطلاعاتی در خصوص این موارد هستند: چگونه یک ذینفع برای دریافت خدمات واجد شرایط می‌باشد، چه نوع خدماتی در دسترس بوده و چگونه‌ می‌توان به آنها دست یافت، چه کسانی ‌ارائه‌دهنده خدمات ما هستند، اطلاعات بیشتر در مورد حقوق شما و روند رسیدگی به شکایات، درخواست تجدیدنظر و دادرسی دولتی. همچنین، راهنماها شامل شماره تلفن‌های مهم مربوط به برنامه سلامت رفتاری می‌باشند.**

فهرست ‌ارائه‌دهندگان **لیستی از ‌ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری شهرستان و طرف قرارداد با شهرستان در جامعه ماست؛ این فهرست ماهانه به‌روز می‌شود. برای ارجاع به خدمات سلامت روانی غیراضطراری سرپایی یا برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص فهرست ‌ارائه‌دهندگان، به برنامه ACCESS به شماره 1-800-491-9099 تماس بگیرید؛ یک نماینده می‌تواند به شما اطلاع دهد که آیا یک ‌ارائه‌دهنده سلامت روانی جای خالی دارد یا خیر.**

**برای ارجاع به خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر یا برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص فهرست ‌ارائه‌دهندگان، با برنامه درمان و ارجاع سوءمصرف ‌مواد‌ مخدر به شماره 1-844-682-7215 تماس بگیرید؛ یک نماینده می‌تواند به شما اطلاع دهد که آیا یک ‌ارائه‌دهنده سلامت روانی جای خالی دارد یا خیر. برای محدودیت‌های گفتاری یا شنوایی، با شماره 711 برای سرویس رله کالیفرنیا تماس بگیرید تا برای اتصال به هر یک از خطوط خدمات مشتری کمک دریافت کنید.**

راهنمای ذینفعان به‌صورت الکترونیکی در اینجا در دسترس است:

http://www.acbhcs.org/benefoice-handbook/ و به زبان‌های زیر نیز در دسترس می‌باشد: انگلیسی، اسپانیایی، چینی، فارسی، کره‌ای، تاجیکی و ویتنامی.

**فهرست ‌ارائه‌دهندگان ماهانه به‌روز شده و به صورت الکترونیکی در اینجا قابل دسترس است: http://www.acbhcs.org/provider\_directory/ و** به زبان‌های زیر نیز در دسترس می‌باشد: **انگلیسی، اسپانیایی، چینی، فارسی، کره‌ای، تاگالوگ، عربی و ویتنامی.**

***در رابطه با راهنما و فهرست ‌ارائه‌دهندگان، با تماس به خط ACCESS به شماره 1 (800) 491-9099، کمک زبانی در دسترس است.***

# اطلاعات مربوط به حل مشکل ذینفعان

تصمیم‌گیری در این خصوص که شکایت یا درخواست تجدیدنظرتان را به کجا مطرح کنید.

**نارضایتی از خدمات - شکایت می‌تواند در مورد هر چیزی باشد**

**مثال‌ها :**

• اگر خدمات مورد نظر خود را دریافت نمی‌کنید.

• اگر خدمات بی کیفیت دریافت می‌کنید.

• اگر با شما ناعادلانه رفتار می‌شود.

• اگر قرارهای ملاقات هرگز در مواقعی که برای شما مفید است برنامه‌ریزی نمی‌شود.

• اگر محل تمیز و امن نیست.

شکایت‌تان را به کجا مطرح کنید.

**به BHCS شهرستان آلامدا:**

از طریق تلفن: کمک به مصرف کنندگان ACBH به شماره 1-800-779-0787

***برای کمک‌های شنوایی یا گفتاری، شماره 711 برای سرویس رله کالیفرنیا***

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

حضوری: با مراجعه به دفتر کمک به مصرف کنندگان در انجمن سلامت روانی

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

به ‌ارائه‌دهنده خود: **‌ارائه‌دهنده شما ممکن است شکایات شما را به شکل داخلی برطرف کند یا شما را به ACBHCS فوق‌الذکر هدایت نماید. می‌توانید از ‌ارائه‌دهنده خود فرم‌ها و کمک دریافت کنید.**

**احکام قطع مزایا – شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.**

شما ممکن است یک "اعلامیه حکم قطع مزایا" (NOABD) دریافت کنید که شما را از اقدام BHP در رابطه با مزایای‌تان مطلع می‌سازد. مثال‌:

* اگر خدمتی که درخواست کرده‌اید رد یا محدود شده است.
* اگر یک سرویس سابقاً مجاز که در حال حاضر دریافت می‌کنید کاهش یافته، به حالت تعلیق درآمده یا فسخ شده است.
* اگر BHP از پرداخت برای خدمتی که دریافت کرده‌اید اجتناب بورزد.
* اگر خدمات به موقع به شما ارائه نشده‌اند.
* اگر شکایت یا درخواست تجدیدنظر شما در بازه‌های زمانی معین حل نشده است.
* اگر درخواست شما برای بررسی بدهی مالی‌تان رد شده باشد.
* اگر به صورت غیرداوطلبانه از یک برنامه خارج شده باشید.

درخواست تجدیدنظرتان را به کجا مطرح کنید **(فقط مربوط به ذینفعان Medi-Cal می‌باشد که خدمات Medi-Cal را دریافت می‌کنند.)**

**به BHCS شهرستان آلامدا:**

**از طریق تلفن: کمک به مصرف‌کنندگان ACBH به شماره 1-800-779-0787**

***برای کمک‌های شنوایی یا گفتاری، شماره 711 برای سرویس رله کالیفرنیا***

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

**حضوری: با مراجعه به دفتر کمک به مصرف‌کنندگان در انجمن سلامت روانی**

**954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608**

در صورتی که روند درخواست تجدیدنظر BHP را تکمیل نموده و مشکل آنطور که رضایت دارید حل نشده باشد، حق دارید درخواست یک جلسه دادرسی ایالتی را تسلیم نمایید که یک بررسی مستقل می‌باشد که وزارت خدمات اجتماعی کالیفرنیا انجام می‌دهد. درخواست برای یک جلسه دادرسی ایالتی در هر اعلامیه حل درخواست تجدیدنظر (NAT) درج شده است؛ شما باید ظرف 120 روز بعد از پست کردن یا روزی که BHP شخصاً NAR را به شما تحویل دهد، درخواست را ارسال کنید. شما می‌توانید یک جلسه دادرسی ایالتی درخواست کنید، خواه یک NOABD دریافت کرده باشید یا نکرده باشید. برای تداوم خدمات، درحالی که در انتظار جلسه دادرسی هستید، باید درخواست خود را حداکثر تا 10 روز بعد از پست شدن NAR یا قبل از تاریخ لازم‌الاجرای تغییر، تسلیم کنید (هرکدام که دیرتر باشد). ایالت باید ظرف 90 روز از تاریخ ارسال درخواست برای دادرسی‌های استاندارد و 3 روز بعد از تاریخ ارسال درخواست برای دادرسی‌های فوری تصمیم‌گیری کند. BHP باید فوراً به خدمات مورد اختلاف ظرف 72 ساعت از تاریخ دریافت اعلامیه معکوس کننده ABD BHP اجازه داده یا آنها را ارائه کند. شما می‌توانید به روش‌های ذیل یک جلسه دادرسی ایالتی درخواست کنید: با تماس به شماره 1(800) 952-5253 یا TTY 1 (800) 952-8349، به‌صورت آنلاین به آدرس <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> یا با ارسال نامه به آدرس: وزارت خدمات اجتماعی کالیفرنیا/بخش جلسات دادرسی ایالتی، صندوق پستی 944243، ایستگاه پستی 9-17-37، ساکرامنتو، کالیفرنیا 94244-2430.

**حقوق بیماران**

مسائل مربوط به بستری غیرداوطلبانه 72 ساعته، 14 روزه و نگهداری‌ها از طریق راهکارهای قانونی موجود نظیر حقوق بیماران حل می‌شوند و نه از طریق روندهای شکایت یا درخواست تجدیدنظر. تماس با مدافعان حقوق بیماران: 1 (800) 734-2504 یا (510) 835-2505.

مثال‌:

* اگر بازداشت شده و فکر نمی‌کنید این مرکز دلیل خوبی برای انجام این کار داشته باشد.
* اگر برخلاف میل‌تان بستری شده و نمی‌دانید دلیل آن چیست و یا چه گزینه‌هایی در اختیار دارید.

**مشکل مربوط به حقوق بیمارتان را کجا باید ارائه کنید.**

* با مدافع حقوق بیماران به شماره (800) 734-2504 تماس بگیرید. این یک شماره تلفن گویای 24 ساعته است. تماس‌ها به هزینه میزبان پذیرفته می‌شوند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روند حل مشکل ذینفعان، لطفاً از ‌ارائه‌دهنده خود یک نسخه از راهنمای خدمات سلامت روان Medi-Cal یا راهنمای خدمات دارویی Medi-Cal درخواست کنید که در صفحات 3-2 این بسته ذکر شده‌ است. برای پاسخ به سؤالات یا کمک به تکمیل فرم‌ها، می‌توانید از ‌ارائه‌دهنده خود درخواست نموده یا به این شماره تماس بگیرید: کمک به مشتریان به شماره .1(800) 779-0787

**دیگر** روندهای طرح شکایت از طریق هیئت علوم رفتاری:

*اعلامیه برای مشتریان*

*از ابتدای ژولای سال 2020، هیئت علوم رفتاری شکایات مربوط به خدمات ارائه شده را که در حیطه کاری خود می‌باشد (درمان‌گران امور ازدواج و خانواده، روانشناسان تحصیلی دارای مجوز، مددکاران اجتماعی بالینی یا مشاوران بالینی حرفه‌ای) دریافت نموده و به آنها پاسخ می‌دهند. شما می‌توانید از طریق آدرس https://www.bbs.ca.gov/consumers/ یا شماره (916) 574-7830 با هیئت تماس بگیرید.*

*برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab\_630.pdf مراجعه کنید.*

*سلامت روان شهرستان آلامدا (کلینیک‌ها و پیمانکاران شهرستان) به دریافت و پاسخ‌دهی به شکایت مرتبط با کار روان‌درمانی هر مشاور فاقد مجوز یا ثبت نشده ادامه می‌دهد. برای طرح شکایت، به دفتر کمک به مشتریان تماس بگیرید؛ 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 or (800) 779-0787*

"اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی"

"حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد درمان پزشکی"

(فقط برای افراد بالای 18 سال)

*‌ارائه‌دهندگان: "حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد درمان پزشکی" به چندین زبان در http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa\_manual/10-7\_ADVANCE\_DIRECTIVE\_BOOKLET.pdf در دسترس است.*

اگر شما بیشتر از 18 سال سن دارید، برنامه سلامت رفتاری از نظر قانون فدرال و ایالتی موظف است تا شما را از حق‌تان برای تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت سلامتی‌تان مطلع سازد. همچنین موظف است تا به شما اطلاع دهد که چگونه، در صورتی که در آینده قادر به صحبت کردن نباشید، می‌توانید هم‌اکنون برای مراقبت‌های پزشکی‌تان برنامه‌ریزی کنید. برنامه‌ریزی کنونی در این رابطه، می‌تواند اطمینان ‌دهد که خواسته‌ها و ترجیحات شخصی شما به افرادی که باید آنها را بدانند ابلاغ می‌شود. این روند تهیه یک وصیت‌نامه پزشکی نام دارد.

در صورت درخواست شما، اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی با عنوان "حق شما برای تصمیم‌گیری در خصوص درمان پزشکی" به شما ارائه خواهد شد. این اطلاعات اهمیت تهیه این وصیت‌نامه، مواردی که باید درنظر بگیرید و قوانین ایالتی مرتبط را توضیح می‌دهد. شما ملزم به تهیه وصیت‌نامه پزشکی نیستید، اما ما شما را به بررسی مسائل مربوط به تهیه این وصیت‌نامه ترغیب می‌کنیم. ‌ارائه‌دهندگان و کارکنان BHP شهرستان آلامدا می‌توانند در این روند به شما کمک کنند، اما قادر به تهیه وصیت‌نامه پزشکی برای شما نیستند. امیدواریم این اطلاعات به شما در درک چگونگی افزایش کنترل خود بر درمان پزشکی‌تان کمک کند. مراقبت‌های ارائه شده توسط هر ‌ارائه‌دهنده BHCS شهرستان آلامدا فارغ از این موضوع است که آیا شما وصیت‌نامه پزشکی تهیه نموده‌اید یا خیر. در صورت داشتن هرگونه شکایت از الزامات وصیت‌نامه پزشکی، لطفاً با شماره کمک به مشتریان 1-800-779-0787 تماس بگیرید.

# اعلامیه مربوط به روش‌های حفظ حریم خصوصی

**این اعلامیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات سلامتی شما و نحوه دسترسی‌تان به این اطلاعات را توضیح می‌دهد.**

**لطفا آن را با دقت مطالعه کنید.**

در صورت داشتن هرگونه سؤال در خصوص این اعلامیه، لطفاً با ‌ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی یا آژانس خدمات مراقبت سلامتی شهر آلامدا تماس بگیرید:

مدیریت و اداره سلامت نیازمندان: (510) 618-3452

دفتر کمک به مصرف کننده خدمات مراقبت سلامت رفتاری: (800)779-0787

دفتر مدیر بخش بهداشت عمومی: 267-8000 (510)

گروه بهداشت محیط: 567-6700 (510)

هدف از این اعلامیه

این اعلامیه، روش‌های حفظ حریم خصوصی آژانس خدمات مراقبت سلامتی شهر آلامدا (ACHCSA)، بخش‌ها و برنامه‌های آن و افرادی را که در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی دخیل هستند توضیح می‌دهد. این افراد متخصصان مراقبت سلامتی و سایر افراد مجاز از طرف شهر آلامدا هستند که برای ارائه خدمات یا رعایت قوانین ایالتی و فدرال به اطلاعات سلامت شما دسترسی دارند.

متخصصان مراقبت سلامتی و سایر افراد عبارتند از:

متخصصان مراقبت سلامت جسمی (مانند پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها، دانشجویان پزشکی)؛

متخصصان مراقبت سلامت رفتاری (مانند روان‌پزشکان، روانشناسان، مددکاران دارای مجوزهای بالینی، درمانگران امور ازدواج و خانواده، تکنسین‌های روان‌پزشکی و پرستاران ثبت نام شده و کارورزان)؛

سایر افرادی که در مراقبت از شما در این آژانس دخیل بوده یا با آژانس برای مراقبت از مددجویان همکاری می‌کنند، از جمله کارکنان ACHCSAو سایر پرسنل که امور مربوط به مراقبت سلامتی شما را انجام می‌دهند.

این افراد ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت را با هم و یا سایر ‌ارائه‌دهندگان مراقبت‌ سلامت با هدف درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت‌ سلامت و یا سایر افراد به دلایل ذکر شده در این اعلامیه به اشتراک بگذارند.

مسئولیت ما

اطلاعات مربوط به سلامت شما محرمانه بوده و طبق قوانین خاص محافظت می‌شوند. مسئولیت ما این است که از این اطلاعات طبق قوانین ذکر شده محافظت کنیم و وظایف حقوقی و روش‌های حفظ حریم شخصی خود را همراه با این اعلامیه به شما ارائه کنیم. همچنین ما مسئولیت داریم تا از مندرجات این اعلامیه پیروی کنیم.

این اعلامیه:

موارد استفاده و افشای اطلاعات شما را شناسایی می‌کند که بدون تأییدیه کتبی قبلی شما ممکن است رخ دهند؛

شرایطی را شناسایی می‌کند که در آن شما فرصت موافقت یا مخالفت با استفاده یا افشای اطلاعات‌تان را پیدا می‌کنید.

به شما توصیه می‌کند که تنها در صورت اجازه کتبی شما، موارد بیشتری از افشای اطلاعات شما رخ خواهد داد.

شما را از حقوق‌تان در رابطه با سلامت فردی‌تان مطلع می‌سازد.

چگونه ممکن است ما از اطلاعات مربوط به سلامتی شما استفاده نموده و آنها را افشا کنیم

موارد کاربرد و افشای اطلاعات سلامتی را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد. این دسته بندی‌ها با توضیحات و چند نمونه در ذیل ارائه شده‌اند. البته تمام موارد را نمی‌توان لیست کرد اما همه موارد جزو یکی از دسته‌بندی‌های ذیل قرار می‌گیرند:

**درمان. ما می‌توانیم اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای ارائه درمان پزشکی یا سایر خدمات سلامتی به شما استفاده نموده و یا به اشتراک بگذاریم. اصطلاح «درمان پزشکی» شامل درمان مراقبت سلامت فیزیکی و همچنین «خدمات مراقبت سلامت رفتاری» (خدمات سلامت روانی و خدمات درمان اعتیاد به الکل و یا سایر مواد) می‌باشد که ممکن است دریافت کنید. برای مثال، یک پزشک دارای مجوز می‌تواند از یک روان‌پزشک بخواهد تا در رابطه با داروهای احتمالی با شما ملاقات کند و ممکن است نظر خود در خصوص درمان شما را با وی در میان بگذارد. یا یک عضو از کارکنان ما ممکن است حکمی را برای انجام امور آزمایشگاهی یا ارجاع به پزشک برای معاینه فیزیکی آماده کند. اگر شما مراقبت سلامت را از یک ‌ارائه‌دهنده دیگر دریافت کنید، ممکن است ما اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای ‌ارائه‌دهنده جدیدتان بنا بر اهداف درمانی افشا کنیم.**

**پرداخت. ما ممکن است برای ارائه صورتحساب به شما یا یک شرکت بیمه یا یک شخص ثالث برای پرداخت هزینه‌های درمان و خدماتی که به شما ارائه نموده‌ایم، اطلاعات سلامتی شما را استفاده کرده و یا به اشتراک بگذاریم. برای مثال ممکن است ما نیاز داشته باشیم تا اطلاعات مربوط به درمان یا مشاوره‌ای که در اینجا دریافت نموده‌اید را به طرح سلامت شما ارائه کنیم تا آنها هزینه‌ها را به ما پرداخت کنند یا هزینه‌های این خدمات را به شما برگردانند. همچنین ممکن است ما آنها را از درمان یا خدماتی مطلع سازیم که قصد ارائه‌شان به شما را داریم تا تأییدیه قبلی را کسب نموده و یا تعیین سازیم که آیا طرح شما این درمان‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد یا خیر. اگر شما مراقبت سلامتی را از یک ‌ارائه‌دهنده دیگر دریافت کنید، ما ممکن است اطلاعات سلامتی شما را برای ‌ارائه‌دهنده جدیدتان بنابر اهداف پرداخت افشا کنیم.**

**عملیات مراقبت سلامت: ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای عملیات خودمان استفاده نموده و یا افشا کنیم. ما ممکن است قسمت‌های محدودی از اطلاعات سلامتی شما را با بخش‌های شهر آلامدا به اشتراک بگذاریم، اما تا حدی که برای انجام کارهای مهم در حمایت از عملیات مراقبت سلامتی‌مان لازم باشد. این موارد استفاده و افشا برای عملیات اداری آژانس خدمات مراقبت سلامت و اطمینان از این موضوع ضروری می‌باشد که همه مددجویان ما مراقبت‌های مناسبی دریافت می‌کنند. برای مثال ممکن است از اطلاعات سلامتی شما استفاده کنیم تا:**

درمان‌ها و خدمات‌مان را بررسی کرده و عملکرد کارکنان‌مان در مراقبت از شما را ارزیابی کنیم.

به تصمیم‌گیری در این خصوص کمک کنیم که چه خدمات دیگری را باید ارائه کنیم، چه خدماتی مورد نیاز نیستند و آیا درمان‌های جدید مؤثر واقع می‌شوند یا خیر.

برای بررسی یا یادگیری فعالیت‌های پزشکان، پرستاران، پزشکان بالینی، تکنسین‌ها، سایر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، دانشجویان، کارورزان و سایر کارمندان آژانس.

برای کمک به ما در مدیریت مالی و رعایت قوانین.

اگر شما خدمات مراقبت سلامت را از یک ‌ارائه‌دهنده دیگر دریافت کنید، ما ممکن است اطلاعات سلامتی شما را برای یک سری عملیات خاص مراقبت سلامت به ‌ارائه‌دهنده جدیدتان افشا کنیم. بعلاوه، ممکن است اطلاعات مربوط به هویت شما را حذف کنیم تا دیگران بدون آگاهی از هویت بیماران خاص به مطالعه مراقبت سلامت و ارائه آنها بپردازند.

ما همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی شما را با سایر ‌ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، مراکز ‌ارائه‌دهنده این مراقبت‌ها و طرح‌های سلامتی به اشتراک بگذاریم که با ما در «مراکز مراقبت سلامت سازمان‌یافته» (OHCAها) برای هر یک از عملیات‌شان مشارکت دارند. OHCAها شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های پزشکی، طرح‌های سلامتی و سایر نهادهایی می‌شود که بطور جمعی خدمات مراقبت سلامت را ارائه می‌کنند. شما می‌توانید لیست OHCAهایی که ما در آنها شرکت داریم از ACCESS دریافت کنید.

برگه ورود: **ممکن است با امضای شما هنگام ورود به دفترمان، اطلاعات پزشکی شما را استفاده کرده و افشا کنیم. همچنین ممکن است هنگامی‌ که برای ملاقات با شما آماده هستیم، نام‌تان را صدا کنیم.**

اطلاع‌رسانی و ارتباط با خانواده. **در صورت فوت، ما ممکن است برای اطلاع‌رسانی به یک عضو خانواده، نماینده شخصی شما یا یک فرد دیگر که مسئول مراقبت از شماست، اطلاعات مربوط به سلامتی، محل اقامت و شرایط کلی‌تان را افشا کنیم، مگر این که خلاف آن را دستور داده باشید. در صورت بروز یک فاجعه، ما ممکن است اطلاعات را برای یک سازمان امدادرسانی افشا کنیم تا آنها بتوانند این تلاشها برای اطلاع‌رسانی را هماهنگ کنند. همچنین ممکن است اطلاعات را برای فردی افشا کنیم که در مراقبت از شما دخیل است یا به پرداخت هزینه مراقبت شما کمک می‌کند. اگر شما قادر به موافقت یا مخالفت و یا دردسترس باشید، ما به شما فرصت مخالفت قبلی با این افشاها را می‌دهیم، اگرچه ممکن است در صورت بروز فاجعه و اگر معتقد باشیم که برای واکنش به شرایط اضطراری لازم است، این اطلاعات را حتی در صورت مخالفت شما افشا کنیم. اگر شما قادر به موافقت یا مخالفت و یا دردسترس نباشید، متخصصان سلامت ما بنا بر قضاوت خود با خانواده شما و سایرین ارتباط برقرار می‌کنند.**

افشای آن دسته از اطلاعاتی که لازم نیست فرصت موافقت یا مخالفت با آن را به شما بدهیم

علاوه بر شرایط فوق، قانون به ما اجازه می‌دهد تا اطلاعات سلامتی شما را بدون کسب اجازه قبلی شما به اشتراک بگذاریم. این شرایط در ذیل توضیح داده شده‌اند.

**مطابق با قانون. ما اطلاعات سلامت شما زمانی که طبق قانون فدرالی، ایالتی یا محلی لازم باشد افشا می‌کنیم. برای مثال، لازم باشد این اطلاعات برای وزارت بهداشت و خدمات انسانی افشا شوند تا اطمینان حاصل شود که حقوق شما نقض نشده است.**

**احتمال سوءاستفاده یا غفلت. ما اطلاعات سلامتی شما را به آژانس‌های مربوطه افشا خواهیم نمود اگر به احتمال سوءاستفاده یا غفلت یک کودک، فرد مسن و یا نیازمند مرتبط باشند و یا اگر شما زیر سن قانونی نباشید، اگر قربانی سؤاستفاده، غفلت و یا خشونت خانگی باشید و یا با افشای اطلاعات موافقت کرده باشید و یا به موجب قانون ما این اطلاعات را افشا کنیم و باور بر این باشد که افشای این اطلاعات برای جلوگیری از آسیب جدی به شما یا دیگران ضروری است.**

**خطر برای سلامت عمومی. ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای فعالیت‌های مرتبط با سلامت عموم افشا کنیم. این فعالیت‌ها عمدتاً عبارتند از:**

**برای پیشگیری یا کنترل بیماری، آسیب و ناتوانی؛**

**گزارش زاد و ولد و مرگ؛**

**گزارش واکنش به داروها یا مشکلات مربوط به محصولات؛**

**اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص فراخوان محصولاتی که ممکن است از آنها استفاده کنند.**

**اطلاع‌رسانی به فردی که ممکن است در معرض بیماری قرار بگیرد یا در معرض خطر ابتلا یا گسترش یک بیماری باشد.**

**فعالیت‌های نظارت بر سلامتی. ما ممکن است اطلاعات سلامتی‌تان را به یک آژانس نظارت بر سلامت برای فعالیت‌های مجاز از نظر قانونی افشا کنیم. این فعالیت‌ها برای مثال شامل حسابرسی‌، تحقیقات، بازرسی‌ و مجوز می‌شود. این فعالیت‌ها برای نظارت دولت بر سیستم مراقبت سلامت، برنامه‌های دولتی و مطابقت از قوانین مربوط به حقوق مدنی ضروری است.**

**مراحل حقوقی و اداری. ما ممکن است (و گاهی از سوی قانون موظف هستیم) اطلاعات مربوط به سلامت فردی شما در جریان مراحل حقوقی و اداری را به میزانی که از سوی یک دادگاه یا حکم اداری مجاز دانسته شده افشا کنیم. ما همچنین ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در پاسخ به یک احضاریه، درخواست کشف یا سایر روندهای قانونی در صورتی افشا کنیم که تلاش‌های معقولی برای اطلاع دادن به شما در خصوص درخواست صورت گرفته باشد و شما اعتراضی نکرده باشید یا اگر اعتراض شما توسط یک دادگاه یا مقام اداری حل شده باشد.**

**اجرای قانون. ما ممکن است اطلاعات سلامتی را در صورت درخواست از سوی یک مقام رسمی مجری قانون منتشر کنیم:**

**در واکنش به دستور دادگاه یا حکمی مشابه**

**برای شناسایی یا ردیابی یک مظنون، شاهد، فرد مفقودالاثر و غیره**

**برای ارائه اطلاعات به مجری قانون در خصوص یک قربانی جرم.**

**برای گزارش فعالیت‌های جنایی یا تهدیدات مربوط به دفاتر یا کارکنان ما**

**مأمور تجسس قتل، پزشک قانونی و مأمور کفن و دفن. ما ممکن است اطلاعات سلامتی را برای مأمور تجسس قتل یا پزشک قانونی منتشر کنیم. این امر ممکن است، برای مثال، جهت شناسایی فرد متوفی یا تعیین علت مرگ لازم باشد. همچنین ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت بیماران در مراکزمان را جهت کمک به مأموران کفن و دفن در صورت نیاز برای انجام وظایف‌شان منتشر کنیم.**

**اهدای عضو یا بافت. اگر شما اهدا کننده عضو هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی‌تان را در اختیار سازمان‌هایی قرار دهیم که اهدای عضو و پیوند را انجام می‌دهند.**

**پژوهش. ممکن است تحت شرایط خاص، اطلاعات شما را برای اهداف تحقیقاتی استفاده یا افشا کنیم.**

**جهت جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت و امنیت. ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را در صورت نیاز به جلوگیری از تهدید جدی به سلامت و امنیت شما یا عموم مردم و یا فرد دیگر استفاده و افشا کنیم. با این وجود، هر گونه افشای اطلاعات تنها برای فردی خواهد بود که به باور ما می‌تواند مانع از وقوع تهدید یا آسیب شود.**

**برای امور دولتی ویژه. ممکن است اطلاعات سلامتی شما را برای کمک به دولت در انجام امور مرتبط با شما استفاده و افشا کنیم. این اطلاعات ممکن است به نهادهای ذیل افشا کنیم: 1) مقامات فرماندهی نظامی برای کمک به انجام مأموریت‌های نظامی در صورتی که عضو نیروهای مسلح هستید، 2) مقامات رسمی فدرال برای انجام فعالیت‌های امنیت ملی، 3) مقامات رسمی فدرال برای ارائه خدمات محافظتی به رئیس جمهور یا سایر افراد و یا برای تحقیقات مجاز از نظر قانون، 4) مرکز بازپروری، اگر در زندان هستید، برای مراقبت‌های بهداشتی و اهداف سلامتی و امنیتی؛ 5) برنامه‌های اجرت کارگران مجاز بر اساس قانون؛ 6) نهادهای دولتی مجری قانون برای محافظت از مأموران قانونی اساسی فدرالی و ایالتی و خانواده‌های‌شان؛ 7) دادگستری کالیفرنیا برای اهداف نقل مکان و شناسایی بعضی از بیماران مجرم یا افرادی که نباید سلاح گرم یا مهلک بخرند، در اختیار داشته باشند یا کنترل کنند؛ 8) سنا یا مجمع قانون‌گذاران با هدف تحقیقات قانونی؛ 9) سازمان محافظت و پشتیبانی ملی و اداره حقوق بیماران شهر با هدف انجام تحقیقات مجاز طبق قانون.**

**سایر دسته بندی‌های ویژه اطلاعات. در صورت کاربرد. الزامات حقوقی ویژه، ممکن است برای استفاده یا افشای دسته‌های خاصی از اطلاعات اعمال شوند، نظیر آزمایش‌های مربوط به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) یا درمان و خدمات مربوط به سوء مصرف الکل و مواد مخدر. بعلاوه، قوانین مختلفی ممکن است برای استفاده و افشای اطلاعات پزشکی مرتبط با هرگونه مراقبت پزشکی کلی (مراقبت‌های غیرروانی) که دریافت کرده‌اید اعمال شود.**

**یادداشت‌های روان‌درمانی،** در صورت کاربرد**. یادداشت‌های روان‌درمانی به معنی یادداشت‌های ثبت شده (به هر شکل) توسط یک ‌ارائه‌دهنده مراقبت سلامت می‌باشد که یک متخصص سلامت روانی بوده و مکالمه‌ها را در طول یک جلسه مشاوره خصوصی یا گروهی، مشترک یا خانوادگی مستند ساخته و تجزیه و تحلیل می‌کند که از مابقی سوابق پزشکی فرد مجزا است. این یادداشت‌های روان‌درمانی شامل داروهای تجویزی و نظارت بر داروها، زمان آغاز و پایان جلسه مشاوره، روش‌ها و تعداد درمان‌های ارائه شده، نتایج تست‌های بالینی و خلاصه این موارد نمی‌شوند: تشخیص، وضعیت عملکرد، برنامه درمانی، علائم، پیش‌شناخت و پیشرفت تا به امروز.**

**ما ممکن است مطابق با قانون، یادداشت‌های روان‌درمانی شما را استفاده یا افشا کنیم و یا**

**برای استفاده توسط تهیه کننده این یادداشت‌ها**

**در برنامه‌های آموزش سلامت روانی نظارت شده برای دانشجویان، کارآموزان یا کارورزان**

**برای دفاع از یک اقدام قانونی یا سایر پیگیری‌ها از سوی فرد**

**برای جلوگیری یا کاهش تهدید جدی و قریب‌الوقوع به سلامت یا امنیت فرد یا مردم**

**برای نظارت فرد تهیه کننده این یادداشت‌ها بر سلامت**

**برای استفاده یا افشا به مأمور تجسس قتل یا پزشک قانونی به منظور گزارش مرگ یک بیمار**

**برای استفاده یا افشا در صورت نیاز جهت جلوگیری یا کاهش تهدید جدی و قریب‌الوقوع به سلامت یا امنیت فرد یا مردم**

**برای استفاده یا افشا به شما یا منشی DHHS در جریان تحقیقات یا مطابق با قانون**

**برای مأمور تجسس قتل یا پزشک قانونی بعد از فوت شما. تا حدی که شما مجوز استفاده یا افشای یادداشت روان‌درمانی‌تان لغو کنید، ما استفاده یا افشای این یادداشت‌ها را متوقف خواهیم نمود.**

تغییر مالکیت، در صورت لزوم. **در صورتی که این روش/برنامه به یک سازمان دیگر فروخته شده یا با آن ادغام شود، اطلاعات/سوابق مربوط به سلامت شما به دارایی مالک جدید تبدیل خواهند شد، اگرچه شما حق درخواست نسخه‌هایی از اطلاعات منتقل شده به روش/برنامه دیگر را خواهید داشت.**

افشا تنها پس از دادن فرصت موافقت یا مخالفت به شما

شرایطی وجود دارند که ما اطلاعات مربوط به سلامت شما را افشا نخواهیم نمود، مگراین که در این مورد با شما بحث کرده (در صورت امکان) و شما با اشتراک گذاری اطلاعات‌تان مخالفت نکنید. این مواقع عبارتند از:

**فهرست بیماران**. ما یک فهرست شامل اسامی بیماران، وضعیت سلامت، محل درمان و غیره را با هدف افشا به روحانیون یا افرادی که با دانستن نام شما سراغ‌تان را می‌گیرند نگهداری می‌کنیم. ما در خصوص این که آیا اطلاعات‌تان را می‌توان با این افراد به اشتراک گذاشت یا خیر به شما مشاوره خواهیم داد.

**افراد دخیل در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه مراقبت از شما. ما ممکن است اطلاعات سلامت شما که مربوط به دخالت فرد دیگری است را به عضو خانواده‌تان، یک دوست صمیمی یا فرد دیگری که در مراقبت از شما (یا پرداخت هزینه آن) دخیل است افشا کنیم. برای مثال اگر شما از یک عضو خانواده یا دوست‌تان بخواهید که دارویی را برایتان از داروخانه بگیرد، ما ممکن است به این فرد بگوییم که چه دارویی می‌باشد و چه زمانی آماده تحویل است. همچنین ممکن است به یک عضو خانواده (یا فرد دیگری گه مسئولیت مراقبت از شما را برعهده دارد) در خصوص محل اقامت‌تان و وضعیت پزشکی‌تان در صورت عدم مخالفت شما اطلاع‌رسانی کنیم.**

**افشا در ارتباطات با شما. ما ممکن است با شما تماس داشته باشیم و در طول آن اطلاعات مربوط به سلامت‌تان را به اشتراک خواهیم گذاشت. برای مثال ممکن است ما اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای تماس با شما و یادآوری یک قرار ملاقات برای درمان در این مرکز یا توصیه گزینه‌های درمانی و جایگزین‌هایی که ممکن است به آنها علاقه‌مند شوید استفاده و افشا کنیم. همچنین ممکن است این اطلاعات را برای اطلاع دادن به شما در خصوص مزایا یا خدمات مرتبط با سلامتی که ممکن است به آنها علاقه‌مند شوید استفاده و افشا کنیم. در خصوص جمع‌آوری کمک‌های مالی نیز ممکن است با شما تماس بگیریم.**

**کاربردهای دیگر اطلاعات سلامتی. سایر موارد استفاده و افشای اطلاعات سلامتی که در این اعلامیه یا قوانین مربوطه ذکر نشده‌اند تنها با اجازه کتبی شما صورت خواهد گرفت. اگر شما به ما اجازه استفاده یا افشای اطلاعات مربوط به سلامتی‌تان را بدهید، می‌توانید به‌صورت کتبی و در هر زمان این اجازه را لغو کنید. در صورت لغو اجازه‌، ما دیگر اطلاعات مربوط به سلامت شما را به دلایل ذکر شده در اجازه کتبی‌تان استفاده یا افشا نخواهیم کرد. شما می‌دانید که ما نمی‌توانیم اطلاعاتی را که قبلاً با اجازه شما افشا شده‌اند بازپس‌گیریم و ما موظف به نگهداری از سوابق مراقبت‌های ارائه شده به شما هستیم.**

حقوق شما در رابطه با اطلاعات مربوط به سلامتی‌تان

در رابطه با اطلاعات مربوط به سلامت شما که حفظ می‌کنیم، شما از حقوق ذیل برخوردار هستید:

**اعلامیه افشا. در صورت افشای اطلاعات سلامت فردی محافظت نشده، مطابق با قانون ما به شما اطلاع می‌دهیم. اگر یک آدرس ایمیل به ما داده باشید، ممکن است از ایمیل برای ارائه اطلاعات مربوط به افشا استفاده کنیم. در برخی شرایط، شریک تجاری ما این اعلامیه را ارائه می‌کند. همچنین ممکن است به سایر روش‌های مناسب نیز این اعلامیه را ارائه کنیم. [نکته: اعلامیه از طریق ایمیل تنها در صورتی استفاده می‌شود تا مطمئن باشیم فاقد PHI است و اطلاعات نامناسب را افشا نمی‌کند. برای مثال اگر آدرس ایمیل ما «digestivediseaseassociates.com» باشد، ایمیلی که با این آدرس ارسال می‌شود می‌تواند در صورت رهگیری، بیمار و وضعیت آنها را شناسایی کند.]**

**حق بررسی و کپی‌برداری. شما حق دارید تا این اطلاعات سلامتی را بررسی و کپی برداری کنید. این امر معمولاً شامل سوابق پزشکی و صورتحساب می‌شود، اما ممکن است بعضی از اطلاعات مرتبط با سلامت روانی را در بر نگیرد. محدودیت‌های خاصی اعمال می‌شوند:**

**باید درخواست خود را به‌صورت کتبی ارسال کنید. ما می‌توانیم یک فرم برای این کار و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال آن به شما ارائه دهیم.**

**در صورت درخواست فتوکپی، ما ممکن است مبلغ معقولی را بابت هزینه‌های کپی کردن، ارسال نامه یا سایر لوازم مرتبط با درخواست شما دریافت کنیم.**

**شما می‌توانید انتظار داشته باشید طی 10 روز کاری، اعلامیه مربوط به این درخواست را دریافت کنید.**

**ما ممکن است در شرایط خاص درخواست شما را رد کنیم. اگر از دسترسی به اطلاعات سلامتی محروم شوید، می‌توانید طبق قانون درخواست بررسی موضوع را بدهید.**

**اگر درخواست شما برای دسترسی به یادداشت‌های روان‌درمانی‌تان را رد کنیم، شما حق خواهید داشت تا آنها را به یک متخصص سلامت روان دیگر منتقل کنید.**

**حق اصلاح: اگر احساس می‌کنید اطلاعات مربوط به سلامت شما که در اختیار داریم نادرست یا ناقص است، می‌توانید از ما بخواهید تا اطلاعات را اصلاح کنیم. ما موظف به اصلاح اطلاعات نیستم اگر تشخیص دهیم که اطلاعات موجود درست و کامل است. ما موظف به حذف اطلاعات از سوابق شما نیستیم. در صورت وجود خطا، با افزودن اطلاعات شفاف‌ساز یا مکمل اصلاح خواهد شد. شما تا زمانی حق درخواست اصلاح اطلاعات را دارید که این اطلاعات در مرکز نگهداری شوند. محدودیت‌های خاصی اعمال می‌شود:**

**باید درخواست خود را برای این اصلاح به‌طور کتبی ارسال کنید. ما می‌توانیم یک فرم برای این کار و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال آن را به شما ارائه کنیم.**

**شما باید برای درخواست‌تان دلیلی ارائه کنید.**

**ما ممکن است درخواست اصلاح شما را در صورتی رد کنیم که کتبی نباشد یا دلیلی را شامل نشود. بعلاوه ممکن است درخواست شما را در صورتی رد کنیم که خواستار اصلاح اطلاعاتی شوید که: توسط ما تهیه نشده‌ است، مگر آنکه تهیه کننده این اطلاعات دیگر برای ایجاد اصلاح دردسترس نباشد؛ بخشی از اطلاعات سلامت را جویا شوید که در مرکز ما نگهداری نمی‌شود؛ بخشی از اطلاعاتی نباشد که شما اجازه بررسی یا کپی برداری از آن را داشته باشید. حتی اگر ما درخواست اصلاح شما را رد کنیم، شما حق ارسال یک ضمیمه کتبی در رابطه با هر مورد یا گزارش در سوابق‌تان را دارید که به باورتان نادرست و ناقص است. اگر شما به وضوح و به صورت کنبی نشان دهید که می‌خواهید این ضمیمه بخشی از سوابق پزشکی شما باشد، ما آن را به سوابق‌تان اضافه نموده و هنگام افشای هر مورد یا گزارشی که به باورتان ناقص یا نادرست است آن را لحاظ می‌کنیم.**

**حق درخواست برای محافظت ویژه از حریم خصوصی. شما حق دارید محدودیت اطلاعاتی را که ما در خصوص درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت سلامتی شما استفاده یا افشا می‌کنیم درخواست کنید. شما همچنین حق دارید تا محدودیت اطلاعات مربوط به سلامت شما را که به یک فرد دخیل در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه آن افشا می‌کنیم خواستار شوید، مانند عضو خانواده یا دوست. برای مثال، می‌توانید از ما بخواهید تا هیچ اطلاعاتی را در خصوص تشخیص درمان‌تان به عضو خانواده یا دوست‌تان افشا نکنیم.**

**اگر ما با درخواست شما مبنی بر محدودیت نحوه استفاده از اطلاعات مربوط به درمان، پرداخت و عملیات مراقبت سلامتی شما موافقت کنیم، از این درخواست شما پیروی خواهیم کرد مگر این که به این اطلاعات برای ارائه درمان اضطراری به شما نیاز شود. برای درخواست محدودیت‌ها، شما باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی به ‌ارائه‌دهنده‌تان ارائه کنید و در آن به ما بگویید که چه اطلاعاتی را می‌خواهید محدود کنید، آیا می‌خواهید استفاده، افشا یا هردوی این موارد را توسط ما محدود کنید یا خیر و می‌خواهید این محدودیت برای چه کسانی اعمال شود.**

**اگر به ما بگویید که اطلاعات مربوط به موارد یا خدمات مراقبت سلامت روانی را که بطور کامل و با هزینه خودتان پرداخت کرده‌اید برای طرح سلامت‌تان افشا نکنیم، ما درخواست شما را رعایت خواهیم کرد مگر این که مجبور شویم این اطلاعات را برای درمان یا بنابر دلایل حقوقی افشا کنیم. ما حق قبول یا رد هرگونه درخواست را برای خود محفوظ می‌داریم و شما را از تصمیم‌مان مطلع خواهیم ساخت.**

**حق درخواست ارتباطات محرمانه. شما حق دارید درخواست کنید که ما با شما در مورد مسائل پزشکی به روشی خاص یا در یک مکان خاص ارتباط برقرار کنیم. برای مثال، می‌توانید از ما بخواهید تا صرفاً در محل کارتان یا از طریق پست با شما در تماس باشیم. برای درخواست ارتباطات محرمانه، باید درخواست خود را به‌صورت کتبی به ‌ارائه‌دهنده خود تحویل دهید. ما دلیل درخواست شما را از شما نخواهیم پرسید. ما به کلیه درخواست‌های معتبر پاسخ خواهیم داد. درخواست شما باید نحوه یا محل تماس با شما را مشخص کند.**

**حق دریافت یک نسخه کاغذی از این اعلامیه. شما حق دریافت یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را دارید. شما می‌توانید هر زمان از ما بخواهید این نسخه کاغذی را ارائه کنیم. حتی اگر با دریافت این اعلامیه به‌صورت الکترونیکی موافقت کرده باشید، همچنان حق دریافت یک نسخه کاغذی از آن را دارید. شما می‌توانید این نسخه را از ‌ارائه‌دهنده‌تان یا هر یک از برنامه‌های فوق الذکر دریافت کنید.**

**حق دریافت گزارشی از اطلاعات افشا شده. شما حق دارید تا «گزارشی از اطلاعات افشا شده» را درخواست کنید. این یک لیست از اطلاعات مربوط به سلامت شما است تا شش (6) سال قبل از درخواست این گزارش از سوی شما افشا نموده‌ایم. این گزارش موارد ذیل را در بر نخواهد گرفت:**

**افشاهای لازم برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت سلامت**

**اطلاعات افشا شده به شما**

**افشاهایی که صرفاً اتفاقی رخ داده و درغیراینصورت قانونی یا لازم بوده‌اند.**

**افشاهای صورت گرفته با اجازه کتبی شما**

**افشاهای دیگری که با اجازه قانون صورت گرفته است.**

**برای درخواست این لیست یا گزارش اطلاعات افشا شده، باید درخواست خود را کتباً ارسال کنید. ما می‌توانیم یک فرم برای این کار و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال آن را به شما ارائه دهیم. درخواست شما باید یک دوره زمانی را ذکر کند که ممکن است بیشتر از شش (6) سال نباشد و تاریخ‌های قبل از 14 آوریل 2003 را شامل نشود. درخواست شما باید مشخص سازد که لیست را به چه شکلی می‌خواهید دریافت کنید (برای مثال کاغذی یا الکترونیکی). اولین لیستی که طی یک دوره 12 ماهه درخواست کنید رایگان خواهد بود. ما شما را از هزینه‌های مربوطه مطلع خواهیم ساخت و شما می‌توانید قبل از متحمل شدن هرگونه هزینه یا درخواست‌تان را لغو کرده یا تغییر دهید.**

**بعلاوه ما طبق قانون موظف هستیم در صورت دسترسی یا افشای غیرقانونی اطلاعات سلامتی‌تان، شما را مطلع سازیم.**

تغییرات در این اعلامیه

ما حق تغییر در این اعلامیه را برای خود محفوظ می‌داریم. ما حق استفاده از اعلامیه اصلاح شده یا تغییر یافته را برای اطلاعاتی که در مورد شما در اختیار داریم و همچنین اطلاعاتی که در آینده دریافت خواهیم نمود محفوظ می‌داریم. ما یک نسخه از اعلامیه فعلی را در مراکزمان و همچنین در وب‌سایت ‌ارائه‌دهنده‌مان قرار خواهیم داد. شما یک نسخه از اعلامیه جدید را در صورت تغییر در اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی و یا ثبت نام در سایت خدماتی جدید دریافت خواهید نمود.

شکایات

تمام برنامه‌ها در آژانس خدمات مراقبت سلامتی موظف به حفظ محرمانه بودن اطلاعات مربوط به سلامت فردی شما هستند. اگر شما باور دارید که حریم خصوصی‌تان نقض شده است، می‌توانید شکایتی را از اداره‌ای که به نظرتان نقض در آن رخ داده تسلیم کنید. ما به موقع ادعای شما را بررسی نموده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی را انجام خواهیم داد.

تمام شکایات باید به‌صورت کتبی ارائه شوند. شما به خاطر نوشتن شکایت مجازات نخواهید شد. با تماس به شماره‌های ذیل می‌توانید نسخه‌ای از فرم و دستورالعمل‌های مربوط به طرح شکایت را دریافت کنید:

|  |  |
| --- | --- |
| خدمات مراقبت سلامت رفتاری | Consumer Assistance Office  2000 Embarcadero Cove, Suite 400  Oakland, CA 94606  (800) 779-0787 |
| اداره بهداشت محیط | Office of the Director  1131 Harbor Parkway  Alameda, CA 94502  (510) 567-6700 |
| اداره سلامت نیازمندان | Office of the Director  1000 San Leandro Blvd, Suite 300  San Leandro, CA 94577  (510) 618-3452 |
| اداره سلامت عمومی | Office of the Director  ATTN: Privacy Issue  1000 Broadway 5th Floor  Oakland, CA 94607  (510) 267-8000 |

شما همچنین می‌توانید شکایتی را به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ارائه دهید. این اداره از HCSA خواهد خواست تا شکایت شما را بررسی کند، بدین ترتیب حل شکایت شما ممکن است بیشتر از زمانی طول بکشد که شما مستقیماً با HCSA به آدرس ذیل تماس بگیرید. برای طرح شکایت به دبیرخانه وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، با آدرس ذیل تماس بگیرید:

**Office of Civil Rights**

**U.S. Department of Health and Human Services**

**50 United Nations Plaza, Room 322**

**San Francisco, CA 94102**

**415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)**

**(415) 437-8329 FAX**

**Web Site:** [***www.hhs.gov/ocr***](http://www.hhs.gov/ocr)

# اعلامیه اطلاعات 42 CFR بخش 2: افشای اطلاعات مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل توسط بیمار

لطفاً با دقت مطالعه کنید.

|  |
| --- |
| (تنها برای ذینفعانی که خدمات درمان سوءمصرف ‌مواد‌ مخدر را دریافت می‌کنند) |
| **42 CFR، بخش 2: اطلاعات عمومی در مورد مراقبت سلامت شما، از جمله پرداخت هزینه مراقبت سلامت، طبق قوانین و مقررات فدرال از جمله قانون انتقال و پاسخ گويي الکترونيک بيمه سلامت سال 1996 (HIPAA)، 42 U.S.C § 1320d et seq.، 45 C.F.R بخش‌های 160 و 164 و قانون محرمیت، 42 U.S.C. § 290dd-2 و 42 C.F.R. بخش 2. طبق این قوانین و مقررات، محرمانه بودن سوابق درمان سوءمصرف ‌مواد‌ مخدر شما (SUD) منجر به محافظت از محرمانه بودن سوابق مربوط به هویت، تشخیص، پیش‌شناخت یا درمان شما می‌شوند که در رابطه با عملکرد هر برنامه یا فعالیت فدرالی برای آموزش، پیشگیری، توانبخشی یا تحقیقات در خصوص سوءمصرف مواد مخدر حفظ شده‌اند.**  ‌ارائه‌دهنده نمی‌تواند به فردی در خارج از برنامه بگوید که شما در این برنامه شرکت می‌کنید؛ همچنین نمی‌تواند هیچ اطلاعاتی که شما را به‌عنوان بیمار مصرف کننده الکل یا ‌مواد‌ مخدر معرفی می‌کند یا سایر اطلاعات محافظت شده را افشا کند، مگر با اجازه قانون فدرال. ‌ارائه‌دهنده باید رضایت کتبی شما را به‌دست آورد تا بتواند اطلاعات مربوط به شما را برای اهداف پرداختی فاش کند. به عنوان مثال، ‌ارائه‌دهنده باید رضایت کتبی شما را به‌دست آورد تا بتواند اطلاعات را به بیمه‌کننده شما بدهد تا هزینه خدمات پرداخت شود. ‌ارائه‌دهنده همچنین موظف است رضایت کتبی شما را به‌دست آورد تا بتواند اطلاعات مربوط به شما را برای اهداف بازاریابی بفروشد یا افشا کند. به‌طور کلی، شما همچنین باید یک رضایت نامه کتبی را امضا کنید تا ‌ارائه‌دهنده بتواند اطلاعات‌تان را برای اهداف درمانی یا برای مراقبت‌های بهداشتی به اشتراک بگذارد. اگرچه ‌ارائه‌دهنده به‌طور کلی نمی‌تواند اطلاعاتی را منتشر کند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مراجعه‌کننده را به عنوان بیمار SUD فاش می‌سازد، اما قوانین و مقررات فدرال به ‌ارائه‌دهنده اجازه می‌دهد تا در شرایط ذیل بدون مجوز کتبی شما، اطلاعات را افشا کند:   1. هنگامی که مراجعه‌کننده برای خود یا دیگران خطرناک باشد؛ 2. هنگامی که مراجعه‌کننده برای دیگران خطرناک باشد یا تهدید به آسیب زدن به آنها کرده باشد؛ 3. هنگامی که مراجعه‌کننده به شدت ناتوان است و قادر به تصمیم‌گیری منطقی در مورد نیاز خود به درمان نیست؛ 4. هنگامی که مراجعه‌کننده به سوء استفاده یا بی توجهی نسبت به کودک مشکوک باشد؛ 5. هنگامی که مراجعه‌کننده به سوء استفاده از سالمندان مشکوک باشد؛ 6. هنگامی که مراجعه‌کننده در شرایط اضطراری پزشکی قرار دارد و قادر به دادن اجازه نیست؛ 7. هنگامی که از اطلاعات مربوط به مراجعه‌کننده برای بررسی کیفیت استفاده می‌شود؛ 8. طبق توافق با یک سازمان خدماتی واجد شرایط (QSO)، به عنوان مثال برای نگهداری سوابق، حسابداری یا سایر خدمات حرفه‌ای؛ و 9. برای بررسی توسط نهادهای اعتباربخشی و صدور مجوز.   نقض قانون و مقررات فدرال توسط یک برنامه تابع 42 CFR بخش 2 یک جرم است و ممکن است تخلفات مشکوک به مراجع ذیربط گزارش داده شود، از جمله دادستان ایالات متحده در ولسوالی شمالی کالیفرنیا (خیابان 450 گلدن گیت، سان فرانسیسکو،CA 94102) و وزارت خدمات بهداشت و درمان کالیفرنیا (خیابان کاپیتال 1501، MS 0000، ساکرامنتو، کالیفرنیا 95389-7413).  قبل از این که ‌ارائه‌دهنده بتواند از هرگونه اطلاعاتی در مورد سلامتی شما به شکلی که در بالا ذکر نشده یا طبق قوانین یا مقررات مربوطه مجاز نباشد، استفاده نماید یا آنها را فاش کند (به عنوان مثال، 42 CFR بخش 2)، ابتدا باید رضایت کتبی مشخص شما را به‌دست آورد که به چنین افشای اطلاعاتی اجازه می‌دهید. هرگونه رضایت کتبی از این قبیل را می‌توانید به صورت شفاهی یا کتبی ابطال کنید.  وظایف ‌ارائه‌دهنده: براساس قانون، ‌ارائه‌دهنده موظف است تا اطلاعات مربوط به سلامت و SUD شما را محرمانه نگاه داشته و با توجه به اطلاعات سلامتی‌تان، اعلامیه مربوط به وظایف قانونی و روش‌های حفظ حریم خصوصی خود را به شما ارائه کند. براساس قانون، ارائه‌دهنده موظف است از شروط این اعلامیه پیروی كند و مقررات اعلامیه جدید را برای همه اطلاعات سلامتی محافظت شده خود مؤثر سازد. اعلامیه‌های تجدید نظر و به‌روز‌رسانی در طول جلسات درمانی به افراد ارائه می‌شوند و در تابلوی اعلانات عمومی در لابی قرار خواهند گرفت.  تخلفات مربوط به طرح شکایت و گزارش دهی: اگر شما از هرگونه مساله مربوط به خدمات خود از جمله مسائل مربوط به محرمانگی راضی نبوده یا برای صجبت درباره یک مسئله با ‌ارائه‌دهنده خود راحت نیستید، می‌توانید با شماره کمک به مشتریان 1 (800) 779-0787 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر به *روند حل مشکل ذینفع* در صفحات 5-4 در این بسته مراجعه کنید. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام ذینفع: | | نام برنامه:  RU #، در صورت کاربرد: |
| تاریخ تولد: | تاریخ پذیرش: |
| INSYST #: | |

# تصدیق دریافت خدمات

رضایت برای دریافت خدمات

همانطور که در صفحه یک این بسته ذکر شده، امضای شما در ذیل، رضایت‌تان را برای دریافت خدمات مراقبت سلامت رفتاری از این ‌ارائه‌دهنده نشان می‌دهد. اگر شما نماینده قانونی یک ذینفع هستید، امضای شما نشان دهنده این رضایت است.

مطالب اطلاع‌دهنده

امضای شما همچنین بدان معنی است که مطالب مشخص شده در زیر به زبان یا روشی قابل درک با شما در میان گذاشته شده‌ است ؛ اینکه بسته اطلاعات مرتبط با سوابق‌تان به شما داده شده است و اینکه شما با روش تحویل راهنما و فهرست ‌ارائه‌دهندگان موافق هستید. شما هر زمان که بخواهید می‌توانید مجدداً توضیح و یا یک کپی از مطالب را درخواست کنید.

اطلاع‌رسانی اولیه

لطفاً مواردی را که هنگام پذیرش یا هر زمان دیگر در خصوص آنها با شما صحبت شده است علامت بزنید.

* رضایت برای خدمات
* آزادی انتخاب
* اطلاعیه عدم تبعیض
* محرمانگی و حفظ حریم خصوصی
* حفظ یک مکان پذیرا و امن (از نظر ایالتی لازم نیست)

"راهنمای خدمات سلامت روان Medi-Cal" یا "راهنمای خدمات دارویی Medi-Cal"

دربافت از طریق:  وب  ایمیل  نسخه کاغذی

* فهرست ‌ارائه‌دهندگان برای طرح سلامت رفتاری شهرستان آلامدا
* دربافت از طریق:  وب  ایمیل  نسخه کاغذی
* اطلاعات مربوط به حل مشکل ذینفعان
* اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی (برای افراد بالای 18 سال یا زمانی که مراجعه‌کننده به 18 سالگی می‌رسد)

*آیا تاکنون وصیت‌نامه پزشکی تهیه کرده‌اید؟*  *بله*  *خیر*

***اگر بله، آیا می‌توانیم یک نسخه از سوابق‌تان را داشته باشیم؟*** *بله  خیر*

***اگر نه، آیا می‌توانیم برای تهیه آن به شما کمک کنیم؟*** *بله  خیر*

* اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی - HIPAA & HITECH
* اعلامیه اطلاعات 42 CFR بخش 2: افشای اطلاعات مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل توسط بیمار (تنها برای بیمارانی که خدمات درمان سوءمصرف ‌مواد‌ مخدر دریافت می‌کنند)

|  |  |
| --- | --- |
| امضای ذینفع:  (یا نماینده قانونی، در صورت وجود) | تاریخ: |
| حروف اول اسم پزشک/کارمند شاهد | تاریخ: |
| آدرس ایمیل برای تحویل راهنما و فهرست و ‌ارائه‌دهندگان، در صورت وجود: | |

**اطلاع‌رسانی سالانه**: ‌ارائه‌دهنده شما باید هر سال به شما یادآوری کند که مطالب ذکر شده در بالا برای بررسی شما در دسترس است. لطفاً حروف اول اسم‌ و فامیل‌تان و تاریخ را در کادر زیر قرار دهید تا زمان این اطلاع‌رسانی مشخص گردد.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| حروف اول اسم و تاریخ: | حروف اول اسم و تاریخ: | حروف اول اسم و تاریخ: | حروف اول اسم و تاریخ: |

هر سال از یک کادر (در بالا مشاهده کنید) برای حروف اول اسم ذینفع و تاریخ (یا نماینده قانونی آنها) استفاده کنید.

* **دستورالعمل برای ‌ارائه‌دهندگان**
* *اطلاع‌رسانی اولیه: درباره هر موضوع مرتبط در بسته با ذینفع (یا نماینده قانونی) به زبان یا روش ارتباطی موردنظرشان صحبت کنید. کادر اطلاعات هویتی در بالای صفحه قبلی را پر کنید. کادرهای مربوطه را علامت بزنید تا موارد بحث شده/ارائه شده را نشان دهید. از ذینفع بخواهید کادر مربوطه را امضا کرده و تاریخ را در آن بنوسید. حروف اولیه اسم کارکنان و تاریخ را در کادر مربوطه بنویسید. مابقی بسته اطلاعاتی را برای سوابق به ذینفع ارائه دهید. این صفحه امضا را در نمودار ثبت کنید.*
* اطلاع‌رسانی‌های سالانه: به *ذینفعان دسترسی کلیه مطالب برای بررسی‌شان را یادآوری کرده و در صورت درخواست، هرگونه مطالب را بررسی کنید. حروف اولیه اسم و فامیل و تاریخ مناسب را در کادرهای ارائه شده بنویسید.*
* *بسته به تمام زبان‌های اصلی و برگه دستورالعمل با جزئیات کامل در http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm در دسترس است.*