



Behavioral Health Department

Alameda County Health

سلامت رفتاری کانتی آلامدا
سرویس سلامت روانی و سوءمصرف مواد مخدر

دفترچه راهنمای اطلاعاتی

راهنمایی در امور "رضایت‌مندی از خدمات و حقوق افراد" و "مسئولیت‌های مربوط به طرح سلامت رفتاری کانتی آلامدا"

دفتر تضمین کیفیت ACBH

QAOffice@acgov.org

تاریخ اصلاح: اکتبر 2022

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. 필요한 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. 필요한 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協助服務。

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 می‌کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند. لطفاً با ارائه‌دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید.

توجه: کمک‌ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب‌های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرند. لطفاً با ارائه‌دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به 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、支援につい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、支援につい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 that 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 أو اتصل 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).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรง หรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

(Cambodian)

ចំពោះប្រសិទ្ធភាពនិយាយភាសាបសេដប ខៀវ បសវជ័ន្យភាសាបោយគតកិតថ្លៃ គឺ អាចស្វែងរកបានសហការីអ្នក។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទាល់ប្រើការនាំអ្នកសតល់បសវជ័ន្យភាសា ប្រសាទ ល់អ្នក ឬប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគណនេយ្យអ្នកសតល់បសវជ័ន្យភាសា សូម ទូរសព្ទប្រើ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។ ចំពោះ សាខា រដ្ឋបាលសភាមជ្ឈមជ្ឈម បានជាអា រិធិឯកសារជាអ្នកបញ្ជូននិងឯកសារជា បង្គំ បសេដប ខៀវ អាចស្វែងរកបានសហការីអ្នកបោយគតកិតថ្លៃប្រើប្រាស់ការបសវជ័ន្យភាសា សូមទាក់ ងបោយផ្ទាល់

ລ່າງເຊື່ອມສູ່ສຳລັບບັນດາສູນໂຮງໝໍສາທາລະນະ ຫຼື ບໍລິເວນບໍລິຫານສູນໂຮງໝໍສາທາລະນະ ສູນໂຮງໝໍສາທາລະນະ ACBH ACCESS ຕາມເພງ: 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ ເອກະສານຖົງພິມໃຫຍ່ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມຄໍາຂໍ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).

13	 به کانتی آلامدا خوش آمدید.....
13	 طرح سلامت رفتاری.....
14	 رضایت برای دریافت خدمات.....
16	 آزادی انتخاب.....
16	 اعلامیه عدم تبعیض.....
17	 محرمانگی و حریم خصوصی.....
18	 حفظ مکانی امن و ایمن.....
19	 راهنماهای مربوط به افراد ذینفع و فهرست ارائه‌دهندگان.....
20	 اطلاعاتی درباره حل و فصل کردن مشکلات افراد ذینفع.....
23	 سایر روندهای مربوط به شکایت از طریق هیئت علوم رفتاری قابل دسترسی است:.....
24	 اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی.....
25	 اعلامیه اصول حریم خصوصی.....
36	 خلاصه اعلامیه اصول حریم خصوصی.....
38	 اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2:.....
40	 تأیید دریافت.....
41	 دستورالعمل‌های ارائه‌دهنده:.....



Behavioral Health Department

Alameda County Health

به کانتی آلامدا خوش آمدید

طرح سلامت رفتاری

خوش آمدید! شما عضو (ذینفع) طرح سلامت رفتاری کانتی آلامدا (BHP) هستید که درخواست دریافت خدمات سلامت رفتاری از این ارائه‌دهنده کرده‌اید و ما از شما می‌خواهیم این بسته مطالب اطلاعاتی را که درباره حقوق و مسئولیت‌های شما در آن توضیح داده شده است بررسی کنید. برنامه BHP کانتی آلامدا شامل خدمات سلامت روانی است که توسط "طرح سلامت روانی کانتی" (County Mental Health Plan) ارائه می‌شود، و همچنین خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر (SUD) که توسط "سیستم ارائه سازماندهی شده SUD در کانتی" (County SUD Organized Delivery System) ارائه می‌شود و ممکن است یک یا هر دو سرویس را دریافت کنید.

نام ارائه‌دهنده:

فردی که معرفی خدمات را انجام می‌دهد، این مطالب را همراه با شما بررسی خواهد کرد. این بسته را می‌توانید به خانه ببرید و هرگاه خواستید آن را بررسی کنید، همچنین از شما خواسته می‌شود صفحه آخر این بسته را امضا کنید که مشخص شود چه چیزهایی مورد بحث قرار گرفته است و اینکه این مطالب را دریافت کرده‌اید. ارائه‌دهندگان، صفحه امضای اصلی را نزد خودش نگه می‌دارد. همچنین هر سال ارائه‌دهندگان باید درباره وجود بعضی اطلاعات خاص در این بسته به شما اطلاع دهد، و در صفحه آخر این بسته نیز قسمتی وجود دارد که زمان انجام این اطلاع‌رسانی‌ها مشخص شده است.

این بسته حاوی اطلاعات زیادی است، لطفاً وقت بگذارید و هر سؤالی که دارید مطرح کنید! اگر از حقوق و مسئولیت‌هایتان آگاه باشید و آن‌ها را به‌درستی متوجه شوید، می‌توانید خدمات مراقبتی‌ای را که مستحقش هستید به‌راحتی دریافت کنید.

رضایت برای دریافت خدمات

شما به عنوان عضوی از طرح سلامت رفتاری (BHP) صفحه آخر این بسته را امضا می‌کنید و رضایت می‌دهید که خدمات سلامت رفتاری اختیاری را از این ارائه‌دهنده دریافت کنید. اگر نماینده قانونی ذینفع این BHP هستید، امضای شما تأییدکننده این رضایت است.

همچنین اگر برای دریافت خدمات رضایت دهید، به این معنی است که این ارائه‌دهنده وظیفه دارد درباره خدمات مراقبتی توصیه‌شده به شما اطلاع دهد تا با آگاهی کامل بتوانید برای پذیرش خدمات تصمیم‌گیری کنید. علاوه بر اینکه می‌توانید هر زمان دریافت خدمات را متوقف کنید، از این حق برخوردار هستید تا هر مورد توصیه شده، خدمات سلامت رفتاری، یا روندهای درمانی را نپذیرید.

این ارائه‌دهنده یک فرم رضایت دیگر نیز برای امضا دارد که حاوی جزئیات مربوط به انواع خدماتی است که ممکن است دریافت کنید. این خدمات شامل و نه محدود به این موارد است: ارزیابی‌ها، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، مداخله در زمان بحران، روان‌درمانی، مدیریت پرونده، خدمات بازپروری، خدمات درمانی، درمان با کمک دارو، ارجاع به یک متخصص سلامت رفتاری دیگر، و مشاوره با سایر متخصصین از طرف شما.

ارائه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای ممکن است شامل این موارد باشد اما محدود به آن‌ها نیست: پزشک، پرستار رسمی، دستیار پزشک، درمان‌گر ازدواج و خانواده، مددکار اجتماعی بالینی (LCSW)، مشاور بالینی حرفه‌ای، روان‌شناس، دستیارها و همکارهای رسمی و ثبت‌شده، و همکاران متخصص مورد تأیید. اگر ارائه‌دهنده خدمات واسطه (رابط) شما فردی است که هنوز مجوز کار دریافت نکرده است (مثل دانشجوی درحال انجام کارآموزی یا دستیار رسمی)، ارائه‌دهنده خدماتتان باید این مورد را به صورت کتبی به شما اطلاع دهد. همه پرسنل حرفه‌ای که مجوز ندارند، تحت نظارت متخصصین دارای مجوز فعالیت می‌کنند.

خدمات درمان بیماران سرپایی SUD ممکن است شامل موارد زیر باشد: ارزیابی، توسعه طرح، مشاوره فردی و گروهی، مدیریت پرونده، آزمایش مواد مخدر، درمان (تراپی) خانوادگی، و برنامه‌ریزی برای تکمیل مراحل درمان و خروج. شما از این حق برخوردار هستید که هرکدام از موارد زیر را نپذیرید: مشاوره فردی، مشاوره گروهی، مدیریت پرونده، آزمایش مواد مخدر، درمان (تراپی) خانوادگی، و برنامه‌ریزی برای تکمیل مراحل درمان و خروج. علاوه بر الزامات ACBH، ممکن است الزامات دیگری نیز برای تست مواد مخدر (حضور در دادگاه مواد مخدر، SSA، مجازات تعلیقی، سایر موارد) وجود داشته باشد.

اقامتگاه‌های بازپروری:

✓ یکی از شرایط زندگی در اقامتگاه‌های بازپروری این است که ساکنین باید آزمایش بدهند.

برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر (OTP)*

✓ در برنامه‌های OTP لازم است تست مصرف مواد مخدر داده شود.

شرایط موجود برای خروج اختیاری از طرف شامل و نه محدود به این موارد است: ایجاد محیط ناامن یا آزاردهنده برای سایر شرکت کنندگان. این حالت بعضی مواقع به دلیل نشئه شدن افراد است. در چنین مواقعی مشاور با شما صحبت می‌کند و ممکن است توصیه کند فوراً تست مواد مخدر بدهید. هرچند که می‌توانید تست ندهید، اما مهم است بدانید مشاور به عنوان بخشی از بررسی رفتار ناامن یا آزاردهنده شما نسبت به سایرین لازم است این آزمایش را انجام دهد. در این شرایط اگر رفتارتان اصلاح نشود و نتوانید در طول برنامه محیطی امن و آرام برای دیگران ایجاد کنید، فرقی نمی‌کند تست مواد مخدر را بپذیرید یا نه، در هر حال از برنامه خارج می‌شوید (دوره مربوطه تمام می‌شود). اگر همچنان خدمات ارائه‌شده در برنامه را نپذیرید، پرسنل تیم درمان ممکن است جایگزین مناسب‌تری را برایتان در نظر بگیرند.

اگر خودتان داوطلبانه از برنامه‌ای خارج نشده باشید و با این تصمیم مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر را از طریق تلفن زیر به دفتر کمک به مصرف‌کنندگان خدمات سلامت رفتاری کانتی آلامدا (Consumer Alameda County Behavioral Health Assistance) اطلاع دهید:

شماره تلفن: 1-800-779-0787

برای کمک در زمینه شنوایی یا گفتاری، از طریق شماره 711 با سرویس رله کالیفرنیا تماس بگیرید

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

به صورت شخصی: از طریق تماس با بخش کمک به مصرف‌کنندگان در انجمن سلامت روانی در آدرس

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

پاسخ اخلاقی در مواردی که نتیجه تست مواد مخدر مثبت باشد این است که نتیجه آزمایش با فرد مورد نظر در میان گذاشته شود و براساس این شواهد، تغییراتی در طرح درمان ایجاد شود. متخصصین درمان اعتیاد و سازمان‌های ارائه‌دهنده، اقدامات مناسبی را انجام می‌دهند تا اطمینان حاصل کنند نتایج تست مواد مخدر تا حدی که از نظر قانونی مجاز باشد محرمانه باقی بماند.

آزادی انتخاب

ما به عنوان طرح سلامت رفتاری شما مسئول هستیم به شما اطلاع دهیم که هرکس از خدمات ما استفاده کند (از جمله افرادی که به سن قانونی نرسیده‌اند و نماینده قانونی این افراد) باید از موارد زیر آگاه باشد:

A. پذیرش سیستم سلامت رفتاری و شرکت در آن اختیاری است، برای دسترسی به سایر خدمات انجمن الزامی به پذیرش این سیستم نیست.

B. شما از این حق برخوردار هستید به سایر خدمات سلامت رفتاری که توسط Medi-Cal تأمین مالی می‌شود دسترسی داشته باشید، همچنین حق دارید درخواست کنید ارائه‌دهنده و/یا پرسنل مربوطه تغییر کنند*.

C. طرح سلامت رفتاری با طیف گسترده‌ای از ارائه‌دهندگان در انجمن ما قرارداد دارد که ممکن است ارائه‌دهندگان مذهبی را نیز شامل شود. ارائه‌دهندگان مذهبی و قانونی وجود دارند که از دولت فدرال منابع مالی دریافت می‌کنند و باید به اعضای واجد شرایط خدمات ارائه کنند (بدون در نظر گرفتن عقاید مذهبی آنها)، همچنین از منابع مالی فدرال نباید برای انجام فعالیت‌های مذهبی استفاده شود (مثل عبادت، آموزش‌های مذهبی، یا تلاش برای دعوت از اعضا به پیوستن به مذهبی خاص). اگر به ارائه‌دهنده مذهبی ارجاع داده شده‌اید و به خاطر شخصیت مذهبی او تمایلی به دریافت خدمات از این فرد را ندارید، از این حق برخوردار هستید که درخواست کنید ارائه‌دهنده دیگری شما را ویزیت کند*.

BHP* با اعضا و خانواده آنها در تماس است تا به همه درخواست‌های منطقی آنها پاسخ دهد، اما نمی‌توانیم تضمین کنیم همه درخواست‌های مربوط به تغییر ارائه‌دهندگان پذیرفته شود. در هر حال درخواست برای تغییر ارائه‌دهنده به دلیل مخالفت با شخصیت مذهبی او قابل پذیرش است.

اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض برخلاف قانون است. سلامت رفتاری کانتی آلامدا بر اساس قوانین حقوق مدنی فدرال است و به‌خاطر نژاد، مذهب، قومیت، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی، تمایلات جنسی، جنسیت، یا توانایی پرداخت مالی، بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود، آنها را مستثنی نمی‌کند و برخورد متفاوتی با آنها ندارد.

محرماتگی و حریم خصوصی

محرماتگی و حریم خصوصی اطلاعات سلامتتان درحین شرکت در خدمات درمانی با ما، ازجمله حقوق شخصی مهم شما است. این بسته شامل یک نسخه از "اعلامیه اصول حریم خصوصی" است که در آن توضیح داده شده است سوابق درمانی و اطلاعات شخصی شما چگونه توسط "خدمات مراقبت از سلامت رفتاری کانتی آلامدا" (Services Alameda County Behavioral Health Care) محرمانه حفظ می‌شود، مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار دیگران قرار داده می‌شود، و اینکه خودتان چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی داشته باشید. اگر خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر (SUD) دریافت می‌کنید، در این بسته یک نسخه از "اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2 - جزئیات مربوط به قرار دادن اطلاعات بیماران معتاد به الکل و مواد مخدر در اختیار سایر افراد" نیز موجود است. ارائه‌دهندگان باید اطلاعاتی درباره حقوق شما درباره محرماتگی و حریم خصوصی در اختیارتان قرار دهد.

هرچند ارائه‌دهندگان به‌طور کلی نمی‌توانند اطلاعاتی را که مستقیم یا غیرمستقیم سبب شناسایی شما به‌عنوان ذینفع دریافت کننده خدمات SUD می‌شود در اختیار دیگران قرار دهند، اما در شرایطی خاص که ایمنی شما یا ایمنی سایر افراد مد نظر باشد از نظر قانونی ملزم هستند پرونده‌تان را با افرادی خارج از سیستم خدمات مراقبت از سلامت رفتاری در میان بگذارند.

این شرایط عبارتند از:

1. اگر افراد دیگری را تهدید به آسیب رساندن کنید، آن فرد و/یا پلیس باید مطلع شود.
2. در صورت لزوم اگر تهدید جدی برای سلامت و ایمنی خودتان ایجاد کنید.
3. در همه موارد مشکوک به سوءاستفاده از کودکان، باید به مقامات ایالتی یا محلی مربوطه گزارش داده شود.
4. در همه موارد مشکوک به سوءاستفاده از بزرگسال مسن/ناتوان، باید به مقامات ایالتی یا محلی مربوطه گزارش داده شود.
5. اگر براساس حکم دادگاه ملزم به ارائه سوابق باشیم باید این کار را انجام دهیم.
6. در صورت ارتکاب جرم توسط بیمار در محل یا نسبت به پرسنل ارائه‌دهنده درمان سوءمصرف مواد مخدر، چنین گزارش‌هایی محافظت شده نیستند.

اگر درباره حدود حفظ محرماتگی سوالی دارید، با فردی صحبت کنید که این مطالب را برایتان توضیح می‌دهد. اطلاعات بیشتر درباره محدودیت‌های عنوان‌شده در بالا و سایر حدود محرماتگی در بخش "اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2 - جزئیات مربوط به قرار دادن اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2 اطلاعات بیماران معتاد به الکل و مواد مخدر در اختیار سایر افراد" این بسته موجود است.

حفظ مکانی امن و ایمن

برای ما بسیار مهم است که همه اعضا در دریافت خدمات مراقبتی احساس امنیت خاطر کنند. مهم‌ترین شغل ما این است که کمک کنیم در اینجا احساس امنیت کنید، و تلاش می‌کنیم شما را بهتر بشناسیم و کمک می‌کنیم زندگی شاد و پربراری داشته باشید. اگر هر کدام از اقدامات ما باعث شده است احساس ناآرامی، عدم اطمینان یا بی‌احترامی کنید، به ما اطلاع دهید.

همچنین بسیار مهم است که ارائه خدمات در مکانی امن و مطمئن باشد. اگر در محل ارائه خدمات ما اتفاقی افتاده است که باعث شده احساس عدم امنیت کنید، حتماً به ما اطلاع دهید تا بتوانیم به آن رسیدگی کنیم.

یکی از ابزارهای ایجاد امنیت، وجود قوانینی است که همه افراد (ارائه‌دهندگان و اعضا) را ملزم می‌کند رفتاری امن و محترمانه داشته باشند. این قوانین عبارتند از:

- ✓ رفتاری ایمن نسبت به خودتان و دیگران داشته باشید.
- ✓ هیچ نوع سلاحی همراه نداشته باشید.
- ✓ با دیگران با احترام صحبت کنید.
- ✓ به حریم خصوصی افراد احترام بگذارید.
- ✓ به اموال دیگران و این محل ارائه خدمات احترام بگذارید.
- ✓ فروش، استفاده، و توزیع الکل، مواد مخدر، محصولات حاوی نیکوتین/توتون و تنباکو و سیگار الکترونیکی در محل مجموعه ممنوع است.

برای اینکه این مکان برای همه ایمن باشد، همه افرادی که عمداً رفتار غیرایمنی دارند باید مرکز را ترک کنند، همچنین ممکن است ارائه خدمات موقتاً یا به‌صورت دائمی برای آن‌ها متوقف شود و در صورت لزوم اقدام قانونی بر علیه آن‌ها انجام می‌شود. بنابراین اگر فکر می‌کنید پیروی از این قوانین برایتان سخت است، به ارائه‌دهندگان اطلاع دهید. تلاش می‌کنیم به شما و سایر کسانی که اطرافتان هستند کمک کنیم در اینجا احساس امنیت و آرامش داشته باشید.

از همه کسانی که با ما همکاری می‌کنند از این قوانین پیروی کنند سپاسگزاریم.

راهنماهای مربوط به افراد ذینفع و فهرست ارائه‌دهندگان

با شروع ارائه خدمات، دفترچه ذینفع طرح سلامت رفتاری (BHP)، راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal یا راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal در اختیارتان قرار داده می‌شود. این دفترچه‌ها حاوی اطلاعاتی درباره نحوه واجد شرایط بودن برای دریافت خدمات، خدمات موجود و نحوه دسترسی به آن‌ها، ارائه‌دهندگان ما، و اطلاعات بیشتر درباره حقوق شما، نحوه ارائه شکایت، درخواست تجدید نظر، و روند دادرسی ایالتی است. در این راهنما، شماره تلفن‌های مهم مربوط به طرح سلامت رفتاری ارائه شده است.

فهرست ارائه‌دهندگان، حاوی فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری در کانتی و ارائه‌دهندگان دارای قرارداد با کانتی در انجمن ما است که هر ماه به‌روزرسانی می‌شود. برای ارجاع خدمات سلامت روانی غیراورژانسی و سرپایی یا برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فهرست ارائه‌دهندگان، از طریق شماره 1-800-491-9099 با ACCESS تماس بگیرید. اگر ارائه‌دهنده خدمات سلامت روانی پذیرش داشته باشد، نماینده می‌تواند به شما اطلاع دهد.

برای ارجاع خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر یا برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فهرست ارائه‌دهندگان، از طریق شماره 1-844-682-7215 با خط تماس ارجاع و درمان سوءمصرف مواد مخدر تماس بگیرید. اگر ارائه‌دهنده خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر پذیرش داشته باشد، نماینده می‌تواند به شما اطلاع دهد. برای کسانی که محدودیت گفتاری یا شنیداری دارند، برای کمک در برقراری ارتباط به خط ارائه خدمات به مشتری با 711 تماس بگیرید.

راهنماهای افراد ذینفع به‌صورت الکترونیکی در این آدرس موجود است:

<http://www.ACBH.org/beneficiary-handbook/> و به زبان‌های زیر قابل دسترسی هستند: انگلیسی، اسپانیایی، چینی، فارسی، کره‌ای، تاگالوگ، و ویتنامی.

فهرست ارائه‌دهندگان هر ماه به‌روزرسانی می‌شود و به‌صورت الکترونیکی در این آدرس موجود است: http://www.ACBH.org/provider_directory/ به زبان‌های زیر قابل دسترسی هستند: انگلیسی، اسپانیایی، چینی، فارسی، کره‌ای، تاگالوگ، عربی، و ویتنامی.

در رابطه با راهنماها و فهرست ارائه‌دهندگان، می‌توانید از طریق شماره 1 (800) 491-9099 با ACCESS Line تماس بگیرید و کمک زبانی دریافت کنید.

اطلاعاتی درباره حل و فصل کردن مشکلات افراد ذینفع

تصمیم‌گیری درباره محل ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر

عدم رضایت از خدمات - درباره هر چیزی می‌توانید شکایت کنید

مثال:

- اگر نوع خدمات مورد نظرتان را دریافت نکنید.
- اگر خدماتی با کیفیت بسیار کم دریافت کنید.
- اگر منصفانه با شما برخورد نمی‌شود.
- اگر وقت‌های ملاقات هرگز در زمان مناسب شما نیستند.
- اگر مرکز تمیز یا ایمن نیست.

محل ارائه شکایت

با سازمان ACBH در کانتی آلامدا تماس بگیرید:

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

برای کمک در زمینه شنوایی یا گفتاری، از طریق شماره 711 با سرویس رله کالیفرنیا تماس بگیرید

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

به صورت شخصی: به بخش کمک به مصرف‌کنندگان در انجمن سلامت روانی در این آدرس مراجعه کنید:

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

با ارائه‌دهنده تماس بگیرید: ارائه‌دهنده می‌تواند شکایتان را به صورت داخلی حل و فصل کند یا شما را به ACBH در بالا مرتبط کند. می‌توانید فرم‌ها و کمک لازم را از ارائه‌دهنده‌تان دریافت کنید.

تصمیم‌گیری‌های مغایر با مزایا - می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید

ممکن است "اعلامیه تصمیم‌گیری‌های مغایر با مزایا" (NOABD) دریافت کنید که در آن درباره اقدام BHP نسبت به مزایای شما توضیح داده شده است. مثال:

- اگر خدمات درخواستی شما رد شده یا محدود شده باشد.
- اگر خدماتی که قبلاً تأیید شده‌اند و در حال حاضر دریافت می‌کنید، کم شوند، به حالت تعلیق درآیند، یا ارائه آن‌ها متوقف شود.
- اگر BHP هزینه خدماتی را که دریافت کرده‌اید نپذیرد.
- اگر خدمات به‌درستی به شما ارائه نمی‌شوند.
- اگر مسئله شکایت یا درخواست تجدید نظر شما در مدت زمان لازم حل و فصل نشده باشد.

- اگر درخواستان برای رفع بدهی مالی پذیرفته نشود.
- اگر به‌طور غیرداوطلبانه از برنامه خارج شده باشید.

درخواست تجدید نظر را کجا ارسال کنید (فقط برای افراد ذینفع Medi-Cal است که خدمات Medi-Cal دریافت می‌کنند)

با سازمان ACBH در کانتی آلامدا تماس بگیرید:

از طریق تلفن: 1-800-779-0787 کمک مصرف کننده

برای کمک در زمینه شنوایی یا گفتاری، از طریق شماره 711 با سرویس رله کالیفرنیا تماس بگیرید

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

به صورت شخصی: از طریق تماس با بخش کمک مصرف کننده در انجمن سلامت روانی به آدرس:

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

در صورتی که روند تجدید نظر BHP را طی کرده باشید و برنامه نتواند مشکل شما را آنطور که می‌خواهید حل و فصل کند، از این حق برخوردار هستید که برای دادرسی ایالتی اقدام کنید که یک بررسی مستقل از طرف بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا است. درخواست برای دادرسی ایالتی به همراه هر "اعلامیه نتیجه تجدید نظر" (NAR) در اختیارتان قرار می‌گیرد؛ باید در مدت زمان 120 روز از تاریخ تحویل پست یا تاریخی که شخصاً BHP نسبت به تحویل NAR به شما اقدام کرده است، درخواستان را ارسال کنید. فرقی نمی‌کند که NOABD دریافت کرده اید یا نه، در هر حال می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست دهید. برای اینکه در مدت زمان انتظار برای تجدید نظر بتوانید همچنان خدمات قبلی را دریافت کنید، باید در مدت زمان ده (10) روز از تاریخ پست شدن NAR یا تاریخ دریافت شخصی آن یا تا قبل از تاریخ ایجاد تغییر در خدمات مورد نظر (هرکدام که دیرتر باشد) درخواست تجدید نظر را ارائه کنید. ایالت باید در مدت زمان 90 روز بعد از تاریخ درخواست برای تجدید نظر استاندارد تصمیم‌گیری کند که در مورد تجدید نظر فوری این زمان 3 روز از تاریخ ارائه درخواست است. BHP باید فوراً در مدت زمان 72 ساعت از تاریخ دریافت اعلامیه‌ای که برخلاف ABD BHP است، خدمات مورد بحث را ارائه کرده یا تأیید کند. از طریق تماس با شماره 952-5253 (800) 1، یا کاربران TTY به شماره 952-8349 (800) 1، یا به صورت آنلاین در سایت <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> یا به صورت کتبی به آدرس زیر تماس بگیرید و درخواست دادرسی ایالتی را ارائه کنید:

California Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243

Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

حقوق بیمار

مسائل مربوط به توقیف غیرداوطلبانه طبق بخش 5150 و 5250 از قانون، و همچنین قیومیت از طریق راهکارهای قانونی موجود مانند "حقوق بیمار" حل و فصل می‌شود و از دادرسی یا شکایت استفاده نخواهد شد. با حامیان حقوق بیمار تماس بگیرید: 734-2504 (800) 1 یا 835-2505 (510).

مثال:

- اگر توقیف شده‌اید و به نظرتان مرکز دلیل کافی و مناسبی برای انجام این کار نداشته است.
- اگر برخلاف خواسته خودتان در بیمارستان بستری شده‌اید و دلیل آن را نمی‌دانید یا نمی‌دانید چه گزینه‌های دیگری داشته‌اید.

مشکلات مربوط به حقوق بیمار را کجا می‌توانید ثبت کنید

- از طریق شماره **734-2504 (800)** با حامی حقوق بیماران صحبت کنید. این شماره 24 ساعته پاسخگوی شما است و بعد از ساعت‌های اداری منشی تلفنی فعال است. کالکت کال (Collect calls) پذیرفته می‌شود.

برای کسب اطلاعات دقیق‌تر در مورد روند حل و فصل مشکلات ذینفع، لطفاً از ارائه‌دهنده درخواست کنید یک نسخه از "[راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal](#)" یا "[راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal](#)" را در اختیارتان قرار دهد که در صفحه‌های 2 تا 3 این بسته نیز توضیح داده شده است. اگر سؤالی دارید یا برای پر کردن فرم‌ها به کمک و راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید از ارائه‌دهنده تان سؤال کنید یا با این شماره تماس بگیرید: بخش کمک به مصرف‌کنندگان به شماره **(800) 779-0787 1**.

سایر روندهای مربوط به شکایت از طریق هیئت علوم رفتاری قابل دسترسی است:

اعلامیه برای مشتریان (دریافت کنندگان خدمات)

از 1 جولای 2020، هیئت علوم رفتاری، شکایت‌های مربوط به خدمات ارائه شده در این حیطه‌ها را دریافت می‌کند و به آن‌ها رسیدگی خواهد کرد: تراپیست‌های مسائل ازدواج و خانواده، روانشناس‌های آموزشی مورد تأیید، مددکارهای اجتماعی بالینی، یا مشاورین بالینی حرفه‌ای. می‌توانید آنلاین از طریق آدرس <https://www.bbs.ca.gov/consumers/> یا با تماس با شماره **7830-574 (916)** با هیئت تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر به https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf مراجعه کنید.

سلامت رفتاری کانتی آلامدا (کلینیک‌ها و ارائه‌دهندگان قراردادی در کانتی) همچنان شکایت‌های مربوط به ارائه خدمات روان‌درمانی از مشاوران بدون مجوز و ثبت‌نشده را دریافت می‌کنند و به آن‌ها رسیدگی خواهند کرد. برای ارائه شکایت، از طریق شماره **779-0787 (800)** با دفتر کمک به مصرف‌کنندگان تماس بگیرید، یا به این آدرس مراجعه کنید:

ACBH Consumer Assistance Office
2000 Embarcadero Cove
Suite 400 Oakland, CA 94606

اطلاعات مربوط به وصیتنامه پزشکی

"حق شما درباره تصمیم‌گیری در موارد درمان پزشکی"
(فقط اگر 18 ساله یا بیشتر باشید درباره شما کاربرد دارد)

ارائه دهندگان: "حقوق شما درباره تصمیم‌گیری در موارد درمان پزشکی" به چند زبان در این آدرس قابل دسترسی است:
http://www.ACBH.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf

اگر 18 ساله یا بیشتر باشید، طرح سلامت رفتاری براساس قوانین فدرال و ایالتی ملزم است درباره حقوق شما برای تصمیم‌گیری درباره مسائل مراقبت از سلامت، و همچنین نحوه برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های پزشکی در صورتی که در آینده نتوانید صحبت کنید به شما اطلاع‌رسانی خواهد کرد. اگر همین حالا برنامه‌ریزی کنید می‌توانید مطمئن شوید خواسته‌هایتان به افرادی که خودتان تمایل دارید منتقل خواهد شد. به این اقدامات، تهیه "وصیتنامه پزشکی" گفته می‌شود.

به درخواست خودتان اطلاعاتی درباره "وصیتنامه پزشکی" در اختیارتان قرار داده می‌شود که به آن "حقوق شما درباره تصمیم‌گیری در موارد درمان پزشکی" گفته می‌شود. در این سند درباره اهمیت ایجاد وصیتنامه پزشکی، مواردی که ممکن است بخواهید مد نظر قرار دهید، و قوانین ایالتی مرتبط توضیح داده شده است. الزامی به ایجاد وصیتنامه پزشکی نیست، اما توصیه می‌کنیم درباره تهیه آن آگاهی کسب کنید و از مسائل مربوط به آن مطلع شوید. ارائه‌دهندگان و پرسنل ACBH کانتی آلامدا می‌توانند در این زمینه شما را راهنمایی کنند، اما نمی‌توانند برایتان وصیتنامه پزشکی تهیه کنند. امیدواریم این اطلاعات به شما کمک کند متوجه شوید چطور می‌توانید کنترل بیشتری بر درمان پزشکی‌تان داشته باشید. خدمات درمانی که توسط هرکدام از ارائه‌دهندگان ACBH کانتی آلامدا در اختیارتان قرار داده می‌شود به این مسئله که وصیتنامه پزشکی دارید ارتباطی ندارد. اگر درباره الزامات وصیتنامه پزشکی شکایتی دارید، از طریق شماره 1-800-779-0787 با دفتر کمک به مصرف‌کنندگان تماس بگیرید.

اعلامیه اصول حریم خصوصی

در این اعلامیه درباره اینکه اطلاعات سلامت مربوط به شما ممکن است چطور استفاده و منتشر شود و چطور می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید توضیح داده شده است. لطفاً آن را به دقت بررسی کنید.

اگر درباره این اعلامیه سوالی دارید، با ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت یا با بخش مربوطه از آژانس خدمات مراقبت از سلامت کانتی آلامدا تماس بگیرید:

- اجرا و سلامت بیماران نیازمند: 618-3452 (510)
- خدمات مراقبت از سلامت رفتاری، دفتر کمک به مصرف‌کنندگان: 779-0787 (800)
- دفتر مدیر بخش سلامت عمومی: 267-8000 (510)
- بخش سلامت محیط: 567-6700 (510)

هدف این اعلامیه

در این اعلامیه درباره اصول حریم خصوصی آژانس خدمات مراقبت از سلامت کانتی آلامدا (ACHCSA)، بخش‌ها و برنامه‌های مختلف آن، و افرادی که در مسیر ارائه خدمات مراقبت از سلامت به شما حضور دارند. این افراد متخصصین مراقبت از سلامت و سایر افراد مجاز از طرف کانتی آلامدا هستند که به‌عنوان بخشی از روند ارائه خدمات به شما یا تبعیت از قوانین ایالتی و فدرال، به اطلاعات سلامت شما دسترسی دارند.

متخصصین مراقبت از سلامت و سایر افراد عبارتند از:

- متخصصین مراقبت از سلامت فیزیکی (مانند پزشک، پرستار، تکنسین، و دانشجویان پزشکی).
- متخصصین مراقبت از سلامت رفتاری (مانند روانشناس، روانپزشک، مددکارهای اجتماعی بالینی دارای مجوز، تراپیست‌های خانواده و ازدواج، مشاورین بالینی حرفه‌ای، تکنسین روانپزشکی، پرستارهای ثبت‌شده و رسمی، و انترن‌ها)
- سایر افرادی که در این آژانس در روند مراقبت از شما حضور دارند یا کسانی که برای مراقبت از مشتریان با این آژانس همکاری دارند، از جمله کارکنان و پرسنل ACHCSA و سایر پرسنلی که خدمات را ارائه می‌کنند یا اقداماتی را برای مراقبت از سلامت شما انجام می‌دهند.

این افراد ممکن است برای اهداف درمانی، پرداخت هزینه، یا سایر اقدامات مربوط به مراقبت از سلامت، اطلاعات سلامت شما را با یکدیگر و با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت، و با سایر افراد یا به سایر دلایلی که در این اعلامیه توضیح داده شده است به اشتراک بگذارند.

مسئولیت‌های ما

ما به‌واسطه قانون ملزم هستیم حریم خصوصی و ایمنی اطلاعات سلامت محافظت‌شده شما را حفظ کنیم، و این اعلامیه را در رابطه با وظایف قانونی خود و اصول حفظ حریم خصوصی در اختیار شما قرار دهیم. همچنین مسئول هستیم از قوانین این اعلامیه که در حال حاضر اجرا می‌شوند پیروی کنیم.

- انواع موارد استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات که بدون دریافت تأیید کتبی از شما امکان‌پذیر است مشخص شده است.
- شرایطی که در آن به شما فرصت داده می‌شود با استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعاتتان با دیگران موافقت یا مخالفت کنید.
- اگر نقض قانون صورت گرفته باشد که در نتیجه آن حریم خصوصی شما یا ایمنی اطلاعاتتان به خطر بیفتد، فوراً به شما اطلاع می‌دهیم.
- ما باید از وظایف و اصول حفظ حریم خصوصی که در این اعلامیه توصیف شده است پیروی کنیم، و یک نسخه از آن را به شما بدهیم.
- جز مواردی که اینجا توضیح داده شده است، از اطلاعات شما استفاده نخواهیم کرد و آن‌ها را در اختیار دیگران قرار نمی‌دهیم، مگر اینکه کتباً به ما اجازه داده باشید. اگر به ما مجوز داده باشید، در هر زمان که بخواهید می‌توانید نظرتان را تغییر دهید. اگر نظرتان تغییر کرد به‌صورت کتبی به ما اطلاع دهید.
- درباره حقوق شما در رابطه با اطلاعات سلامت شخصی‌تان توصیه‌هایی ارائه می‌شود.

ما چطور می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را استفاده کنیم و آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم

انواع استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت به چند دسته تقسیم می‌شود. در زیر این دسته‌بندی‌ها همراه با توضیحات و چند نمونه آورده شده است. همه موارد استفاده و اشتراک‌گذاری قابل فهرست‌بندی نیست، اما همه موارد استفاده و اشتراک‌گذاری در یکی از این دسته‌بندی‌ها قرار می‌گیرد.

درمان. ما می‌توانیم از اطلاعات سلامت شما استفاده کرده و آن‌ها را به اشتراک بگذاریم، همچنین آن‌ها را با سایر متخصصینی که شما را درمان می‌کنند به اشتراک بگذاریم. عبارت "درمان پزشکی" شامل درمان سلامت فیزیکی، و همچنین "خدمات مراقبت از سلامت رفتاری" (خدمات سلامت روانی، و سایر خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر و الکل) است که ممکن است دریافت کنید. مثلاً درمانگر دارای مجوز ممکن است مقدمات ویزیت شما توسط روانپزشک را انجام دهد تا درباره درمان‌های احتمالی صحبت کنید، یا روانپزشک صحبت کند و نظرش را درباره درمان شما بپرسد. یا یکی از پرسنل ما ممکن است دستور انجام کارهای آزمایشگاهی را صادر کند، یا برای ویزیت توسط روانشناس یا انجام تست فیزیکی خارج از شبکه ارجاع دریافت کند. اگر خدمات مراقبت از سلامت را از ارائه‌دهنده دیگری دریافت می‌کنید، ممکن است اطلاعات سلامتتان را برای اهداف درمانی در اختیار آن ارائه‌دهنده جدید نیز قرار دهیم.

پرداخت هزینه‌ها. ما برای صدور صورت‌حساب و دریافت هزینه‌های از Medicare، Medi-Cal، طرح‌های سلامت، و سایر شرکت‌های بیمه برای درمان و خدماتی که در اختیارتان قرار داده‌ایم، می‌توانیم از اطلاعات سلامتتان استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم. مثلاً ممکن است لازم باشد اطلاعات طرح سلامتتان را درباره درمان یا مشاوره‌ای که اینجا انجام داده‌اید در اختیار دیگران قرار دهیم تا بتوانند هزینه ما را پرداخت کنند یا مبلغ هزینه پرداختی برای این خدمات را به خودتان برگردانند. همچنین ممکن است درباره درمان یا خدماتی که می‌خواهیم ارائه کنیم به آن‌ها اطلاع دهیم تا تأیید اولیه دریافت کنیم، یا درباره پوشش‌دهی درمان توسط طرحتان تصمیم‌گیری انجام دهند. اگر خدمات مراقبت از سلامت را از ارائه‌دهنده دیگری دریافت می‌کنید، ممکن است اطلاعات سلامتتان را برای اهداف مربوط به پرداخت هزینه در اختیار آن ارائه‌دهنده جدید نیز قرار دهیم.

اقدامات مربوط به مراقبت از سلامت. ما برای اجرای امور، بهبود خدمات درمانی، یا برای تماس با شما در شرایط اضطراری ممکن است از اطلاعات سلامتتان استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم. ممکن است بخش محدودی از اطلاعات سلامت شما را تا حدی که برای اجرای امور مهم در حمایت از اقدامات مراقبت از سلامتتان ضروری باشد با بخش‌های مختلف کانتی آلامدا به اشتراک بگذاریم. این موارد استفاده و اشتراک‌گذاری برای امور اجرایی مربوط به آژانس خدمات مراقبت از سلامت و همچنین برای اطمینان از اینکه همه مشتریانمان خدمات باکیفیت دریافت می‌کنند ضروری هستند. مثلاً ممکن است از اطلاعات سلامتتان در موارد زیر استفاده کنیم:

- برای بررسی درمان و خدمات و ارزیابی عملکرد پرسنلی که در امر مراقبت از شما حضور دارند.
- برای تصمیم‌گیری درباره سایر خدماتی که باید ارائه کنیم، اینکه چه خدماتی ضرورت ندارند، و اینکه کدام درمان‌های جدید مؤثر هستند.
- برای بررسی یا امور آموزشی مربوط به پزشکان، پرستارها، درمانگرها، تکنسین‌ها، و سایر پرسنل مراقبت از سلامت، دانشجویان، انترن‌ها و سایر پرسنل آژانس.
- برای انجام امور مدیریت مالی و تبعیت از قوانین.
- اگر خدمات مراقبت از سلامت را از ارائه‌دهنده دیگری دریافت می‌کنید، ممکن است اطلاعات سلامتتان را برای بعضی اقدامات خاص مراقبت از سلامت در اختیار آن ارائه‌دهنده جدید نیز قرار دهیم. علاوه بر آن، اطلاعاتی که سبب شناسایی‌تان می‌شوند از این مجموعه از اطلاعات سلامت حذف می‌کنیم تا سایرین بتوانند برای بررسی خدمات مراقبت از سلامت شما و ارائه خدمات مراقبت از سلامت از آن استفاده کنند و هویت بیماران شناسایی نشود.
- همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی شما را با سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، اداره‌های مرکزی مراقبت از سلامت، و طرح‌های سلامتی قرار دهیم که در "تنظیم خدمات مراقبت از سلامت سازماندهی‌شده" (OHCA) برای هرکدام از اقدامات مراقبت از سلامت OHCA با ما همکاری دارند. OHCA شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مربوط به پزشکان، طرح‌های سلامت، و سایر مراکزی است که در مجموع خدمات مراقبت از سلامت ارائه می‌کنند. فهرستی از OHCA که در آن‌ها همکاری داریم از طرف ACCESS قابل دسترسی است.

فرم ورود. وقتی به مرکز (مطب/دفتر) ما می‌آیید، از شما می‌خواهیم فرمی را امضا کنید تا بتوانیم از اطلاعات پزشکی شما استفاده کنیم و آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم. همچنین در نوبت ویزیت، نامتان را صدا می‌زنیم.

انتخاب‌های شما. برای بعضی از اطلاعات سلامت خاص، می‌توانید درباره مواردی که می‌توانیم در اختیار دیگران قرار دهیم به ما اطلاع دهید. اگر درباره نحوه اشتراک‌گذاری اطلاعات در شرایط توصیف شده در زیر شرایط خاصی را مد نظر دارید، به ما اطلاع دهید و ما دستورالعمل‌های شما را دنبال خواهیم کرد. شما از این حق برخوردار هستید که انتخاب کنید اطلاعات مربوط محل شما، شرایط کلی، یا در صورت فوت شما (مگر که دستورالعمل خاص دیگری داده باشید) با کدام فرد از خانواده، دوست نزدیک، یا سایر افرادی که در امر ارائه خدمات مراقبت از سلامت حضور دارند تماس گرفته شود و اطلاعات با او به اشتراک گذاشته شود. همچنین از این حق برخوردار هستید که درخواست کنید اطلاعاتتان در فهرست بیمارستان حذف یا اضافه شود. حق دارید به ما بگویید برای دریافت کمک‌های مالی و امور خیرخواهانه با شما تماس بگیریم یا خیر. در شرایط بروز حوادث غیرمترقبه و برای بهبود شرایط بحرانی، ممکن است اطلاعاتتان را در اختیار سازمان‌های بهبود شرایط بحرانی قرار دهیم تا بتوانند اطلاع‌رسانی کنند. همچنین ممکن است اطلاعات را در اختیار افرادی قرار دهیم که در روند درمان شما حضور دارند یا هزینه خدمات درمانی شما را پرداخت می‌کنند. شما از این حق و انتخاب برخوردار هستید تا در صورت امکان موافقت یا مخالفتتان را اعلام کنید، و ما قبل از اشتراک‌گذاری اطلاعات به شما اجازه می‌دهیم مخالفتتان را اعلام کنید. اما اگر در رویدادهای فاجعه‌آمیز ضروری باشد که به چنین بحران‌های

اورژانسی پاسخ دهیم، اشتراک‌گذاری این اطلاعات را ممکن است حتی با وجود مخالفت شما انجام دهیم. اگر نتوانید حالت دلخواهتان را به ما اطلاع دهید، مثلاً اگر بیهوش شوید، اگر نتیجه‌گیری کنیم اشتراک‌گذاری اطلاعات به صلاحتان باشد، این کار را انجام خواهیم داد. همچنین در صورت نیاز برای جلوگیری یا کاهش خطری جدی یا بالقوه در سلامت یا ایمنی ممکن است اطلاعاتتان را با دیگران به اشتراک بگذاریم.

دیگر به چه طریق می‌توانیم از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم یا آن‌ها را به اشتراک بگذاریم؟ به روش‌های دیگر و معمولاً به روش‌هایی که به صلاح عموم افراد باشد، مثلاً سلامت عمومی و تحقیقات، ما مجاز و ملزم هستیم که اطلاعات شما را به اشتراک بگذاریم. قبل از اینکه اطلاعاتتان را با این اهداف به اشتراک بگذاریم، باید از بسیاری از الزامات قانونی تبعیت کنیم. برای اطلاعات بیشتر به این آدرس مراجعه کنید:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

موارد اشتراک‌گذاری که نیازی به موافقت یا مخالفت شما نیست. علاوه بر شرایط عنوان‌شده در بالا، ما از نظر قانونی اجازه داریم اطلاعات سلامتتان را بدون کسب مجوز از شما به اشتراک بگذاریم. این شرایط در ادامه توضیح داده می‌شوند.

در صورت لزوم به واسطه قانون. اگر به‌واسطه قانون فدرال، ایالتی، یا محلی لازم باشد، اطلاعات سلامتتان را به اشتراک می‌گذاریم.

مشکوک بودن به موارد سوءاستفاده یا سهل‌انگاری. در صورت مشکوک بودن به موارد سوءاستفاده از/ سهل‌انگاری در مورد کودکان، افراد مسن، یا افراد بزرگسال ناتوان، یا در موارد خشونت خانگی، اطلاعات سلامت شما را با سازمان‌های مربوطه به اشتراک می‌گذاریم. اگر خودتان با اشتراک‌گذاری اطلاعات موافقت کنید، یا اگر به‌واسطه قانون مجاز به اشتراک‌گذاری اطلاعات باشیم و معتقد باشیم که این اشتراک‌گذاری برای پیشگیری از بروز تهدید نسبت به سلامت یا ایمنی افراد یا جامعه ضروری باشد.

کمک در موارد بروز خطرهای احتمالی برای سلامت عمومی. در شرایط خاص مانند موارد زیر می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را به اشتراک بگذاریم:

- پیشگیری از بروز بیماری، جراحات، یا ناتوانی
- گزارش موارد تولد و مرگ
- کمک در موارد جمع‌آوری محصولات از طرف شرکت‌های سازنده
- گزارش واکنش‌های معکوس به داروها
- گزارش موارد مشکوک به سوءاستفاده، سهل‌انگاری، یا خشونت خانگی
- پیشگیری از/ کاهش تهدید جدی در مورد سلامت یا ایمنی افراد

فعالیت‌های نظارت بر سلامت. برای فعالیت‌های قانونی مجاز ممکن است اطلاعات سلامت را در اختیار آژانس نظارت بر سلامت قرار دهیم. این فعالیت‌های نظارتی مثلاً ممکن است شامل انجام ممیزی‌ها، بررسی‌ها، و صدور گواهی باشد. این فعالیت‌ها برای کنترل و نظارت سیستم‌های مراقبت از سلامت، برنامه‌های دولتی، و همراهی با قوانین حقوق مدنی لازم است.

رویه‌های اجرایی و قانونی. ممکن است در پاسخ به حکم دادگاه یا احکام اجرایی، پیگردهای قانونی، و اقدامات قانونی، یا در پاسخ به حکم احضار، اطلاعات سلامت مربوط به شما را به اشتراک بگذاریم.

اعمال قانون. در صورتی که مقامات رسمی قانون‌گذار درخواست کنند، اطلاعات سلامت شما را در موارد زیر به اشتراک می‌گذاریم:

- کمک به مقامات اعمال‌کننده قانون در پاسخ به اقدامات جنایی.
- برای شناسایی یا تعیین مکان فرد مضمون، شاهد، فرد گم‌شده، و سایر افراد.
- برای ارائه اطلاعات جهت اعمال قانون درباره قربانی جنایت.
- برای گزارش فعالیت یا تهدیدهای مربوط به مراکز یا پرسنل ما.

پزشکی قانونی، معاینه‌کننده پزشکی، و مسئول امور تدفین. ممکن است اطلاعات پزشکی را در اختیار پزشکی قانونی، معاینه‌کننده پزشکی، و مسئول امور تدفین قرار دهیم. این کار ممکن است ضروری باشد، برای مثال برای تعیین هویت فرد فوت‌شده یا مشخص کردن علت مرگ. همچنین ممکن است برای کمک به مسئولین امور تدفین جهت انجام وظایفشان، اطلاعات سلامت بیماران حاضر در مراکزمان را در اختیار دیگران قرار دهیم.

اهدای عضو یا بافت. اگر اهداکننده عضو باشید، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در اختیار سازمان مسئول جابه‌جایی اعضا قرار دهیم.

تحقیقات. برای تحقیقات سلامت می‌توانیم از اطلاعات شما استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم.

برای پیشگیری از تهدید افراد یا سلامت و ایمنی عمومی. در صورت لزوم برای پیشگیری از بروز تهدید جدی در مورد سلامت و ایمنی شما یا سلامت و ایمنی عموم یا سایر افراد، ممکن است اطلاعات سلامت شما را در اختیار دیگران قرار دهیم یا از آن‌ها استفاده کنیم. اما هرگونه اشتراک‌گذاری اطلاعات فقط با افرادی انجام خواهد شد که مطمئن باشیم می‌تواند باعث پیشگیری از تهدید یا بروز آسیب باشد.

برای اقدامات خاص دولتی. برای کمک به دولت در اجرای اقدامات مرتبط با شما ممکن است از اطلاعات سلامتتان استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم. ممکن است اطلاعات سلامتتان در اختیار این افراد/سازمان‌ها قرار داده شود: (i) مقامات فرماندهی نظامی برای کمک به اجرای مأموریت‌های نظامی در صورتی که عضو ارتش باشید؛ (ii) مقامات مجاز دولت فدرال برای انجام فعالیت‌های امنیتی ملی؛ (iii) مقامات مجاز دولت فدرال برای انجام خدمات محافظتی برای رئیس جمهور یا سایر افراد، یا انجام بررسی‌ها و تحقیقات قانونی؛ (iv) سازمان اصلاح و تربیت، اگر زندانی باشید برای خدمات مراقبت از سلامت، و برای حفظ ایمنی؛ (v) برنامه‌های جبران خسارت کارگری و دعوی‌های مجاز قانونی؛ (vi) سازمان‌های قانون‌گذار برای محافظت از مقامات منتخب ایالتی و فدرال و خانواده آن‌ها؛ (vii) وزارت دادگستری کالیفرنیا برای اقدامات جابه‌جایی و شناسایی بعضی بیماران مجرم یا درباره افرادی که ممکن است در فروش، مالکیت، یا کنترل اسلحه یا سلاح کشنده مشارکت داشته باشند؛ (viii) سنا یا کمیته قانون‌گذاری مجلس برای بررسی‌های مربوط به قانون‌گذاری؛ (ix) سازمان حمایت و محافظت ایالتی و دفتر حقوق بیماران کانتی برای بعضی بررسی‌های خاص و قانونی.

سایر دسته‌بندی‌های موجود برای اطلاعات. برای بعضی موارد استفاده و اشتراک‌گذاری دسته‌بندی‌های خاصی از اطلاعات، الزامات قانونی خاصی موجود است -- مثلاً تست ویروس ایدز (HIV)، یا درمان و خدمات مربوط به سوءمصرف مواد مخدر و الکل. علاوه بر این، برای استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات پزشکی مرتبط با هرگونه مراقبت عمومی (مراقبت از سلامت غیر روانی) که دریافت می‌کنید، ممکن است قوانین متفاوتی اعمال شود.

یادداشت‌های روان‌درمانی موجود. یادداشت‌های روان‌درمانی یعنی مطالب ضبط‌شده (به هر شکل) توسط ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت که متخصص سلامت روانی است، و محتوای مکالمه‌های جلسه مشاوره خصوصی و گروهی، جلسه‌های مشترک، یا جلسه مشاوره خانوادگی را که از سایر سوابق پزشکی فرد جدا است مستندسازی یا تجزیه و تحلیل می‌کند. نسخه‌ها و نظارت‌های پزشکی، زمان‌های شروع و پایان جلسه مشاوره، روش‌ها و دفعات انجام درمان، نتیجه آزمایش‌های پزشکی، و هر خلاصه‌ای از این موارد جزء نکات مربوط به روان‌درمانی نیست: تشخیص بیماری، وضعیت اجرایی، طرح درمان، علائم بیماری، پیش‌بینی، و روند درمانی تا همان تاریخ.

ممکن است یادداشت‌های روان‌درمانی را به‌واسطه قانون یا در موارد زیر مورد استفاده قرار دهیم یا به اشتراک بگذاریم:

- برای استفاده توسط نویسنده یادداشت
- در برنامه‌های آموزشی سلامت روانی تحت نظارت برای دانش‌آموزان، کارآموزها، یا پزشکان.
- توسط ارائه‌دهنده فعلی برای دفاع از اقدام قانونی یا سایر روندهای قانونی مرتبط با فرد مورد نظر
- برای جلوگیری یا کاهش خطری جدی یا بالقوه در سلامت یا ایمنی فرد یا جامعه
- برای نظارت بر سلامت نویسنده یادداشت‌های روان‌درمانی
- برای استفاده یا اشتراک‌گذاری با پزشکی قانونی یا معاینه‌کننده پزشکی برای گزارش مرگ بیمار
- برای موارد استفاده یا اشتراک‌گذاری ضروری برای جلوگیری یا کاهش خطری جدی یا بالقوه در سلامت یا ایمنی فرد یا جامعه
- به‌واسطه قانون برای استفاده یا اشتراک‌گذاری با شما یا اداره خدمات انسانی و سلامت آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) در موارد انجام بررسی و تحقیق برای اطمینان از تبعیت از قوانین حریم خصوصی فدرال.
- برای پزشک قانونی یا معاینه‌کننده پزشکی پس از مرگ شما.
- تاحدی که شما مجوز استفاده یا اشتراک‌گذاری یادداشت‌های روان‌پزشکی را لغو کنید، ما استفاده و اشتراک‌گذاری این یادداشت‌ها را متوقف خواهیم کرد.

تغییر مالکیت، در صورت امکان. در صورتی که این اقدام/برنامه به سازمان دیگری فروخته شود یا در آن سازمان ادغام شود، اطلاعات/سوابق مربوط به سلامت شما به دارایی آن شرکت تبدیل می‌شود، اما شما همچنان حق دارید درخواست کنید نسخه‌هایی از اطلاعات سلامت شخصی‌تان به آن اقدام/برنامه دیگر منتقل شود.

اشتراک‌گذاری اطلاعات فقط پس از اینکه فرصت موافقت یا عدم موافقت به شما داده شود.

بعضی مواقع اطلاعات سلامت شما را به اشتراک نمی‌گذاریم مگر اینکه درباره آن با شما صحبت کرده باشیم (در صورت امکان) و شما با این مسئله مخالفت نکرده باشید. این موارد عبارتند از:

فهرست‌های راهنمای بیمار. می‌توانید مشخص کنید کدام اطلاعات سلامت (در صورت وجود) در فهرست‌های راهنمای بیمار اضافه شود.

افرادی که در روند مراقبت شما یا پرداخت هزینه‌ها حضور دارند. ممکن است اطلاعات سلامت شما را با اعضای خانواده، دوستان نزدیک، یا هر فرد دیگری که مشخص کرده باشید در مراقبت از سلامت شما حضور دارد به اشتراک بگذاریم. مثلاً اگر از یکی از اعضای خانواده یا دوستان بخواهید از داروخانه برایتان دارو بگیرد، درباره دارو و زمان آماده شدن برای تحویل به آن فرد اطلاع خواهیم داد. همچنین در صورتی که موافق باشید، به این عضو از خانواده (یا هر فرد دیگری که مسئول مراقبت از شما باشد) درباره مکان شما و وضعیت پزشکی‌تان اطلاع خواهیم داد.

اشتراک‌گذاری اطلاعات در مراودات/مکاتبات با شما. ممکن است با شما تماس‌هایی برقرار کنیم و اطلاعات سلامتتان را به اشتراک بگذاریم. مثلاً برای یادآوری وقت ویزیت در اینجا یا اطلاع‌رسانی به شما درباره گزینه‌های درمانی موجود یا هر درمان جایگزین دیگری که مورد نظرتان باشد ممکن است برای تماس با شما از اطلاعات سلامت استفاده کنیم یا آن‌ها را به اشتراک بگذاریم. ممکن است برای اطلاع‌رسانی به شما درباره مزایا یا خدمات مرتبط با سلامت که ممکن است مورد دلخواهتان باشد از اطلاعات سلامتتان استفاده کنیم یا آن‌ها را به اشتراک بگذاریم. ممکن است برای فعالیت‌های مربوط به جمع‌آوری کمک مالی با شما تماس بگیریم.

سایر موارد استفاده از اطلاعات سلامت. سایر موارد استفاده که در این اعلامیه یا قوانین مرتبط با ما توصیف نشده‌اند، فقط با رضایت کتبی شما امکان‌پذیر هستند.

اگر اجازه استفاده از اطلاعات سلامتتان و اشتراک‌گذاری آن‌ها را به ما بدهید، هر وقت خواستید می‌توانید به صورت کتبی درخواست لغو آن را ارائه کنید. اگر مجوزتان را لغو کنید، برای دلایل عنوان شده در مجوز کتبی‌تان دیگر از اطلاعات سلامتتان استفاده نمی‌کنیم و آن‌ها را به اشتراک نخواهیم گذاشت. متوجه هستید مواردی که قبلاً با اجازه شما به اشتراک گذاشته شده‌اند قابل برگشت نیستند، و اینکه ما ملزم هستیم سوابق مربوط به خدمات مراقبت از سلامتی که در اختیارتان قرار داده‌ایم را نگهداریم.

حقوق شما درباره اطلاعات سلامت مربوط به خودتان. شما در رابطه اطلاعات سلامتتان، حقوق خاصی دارید. در این بخش درباره حقوق شما و بعضی از مسئولیت‌هایتان توضیح داده شده است.

اعلان مربوط به نقض قوانین. در صورت نقض اطلاعات سلامت شخصی و محافظت‌شده غیرایمن شما که در نتیجه آن حریم خصوصی یا ایمنی اطلاعاتتان به خطر بیفتد، فوراً به شما اطلاع می‌دهیم. اگر آدرس ایمیل فعلی‌تان را در اختیارمان قرار داده باشید، ممکن است از آن برای تبادل اطلاعات مرتبط با این نقض استفاده کنیم. بعضی مواقع همکاران تجاری ما ممکن است این اعلان‌ها را برایتان ارسال کنند. همچنین ممکن است اعلان را به سایر روش‌های متناسب برایتان ارسال کنیم.

[نکته: تنها در صورتی از ایمیل برای ارسال اعلان استفاده می‌شود که مطمئن باشیم حاوی اطلاعات پزشکی خصوصی (PHI) نیست و اطلاعات نامناسبی در آن وجود ندارد. مثلاً اگر آدرس ایمیل ما "digestivediseaseassociates.com" باشد، ایمیلی که با این آدرس ارسال می‌شود در صورت خوانده شدن، سبب شناسایی بیمار و شرایط او می‌شود.]

دریافت نسخه الکترونیکی یا کاغذی از سوابق پزشکی. شما از این حق برخوردار هستید این اطلاعات پزشکی را بررسی کنید و یک نسخه از آن در اختیار داشته باشید. معمولاً این مورد شامل سوابق پزشکی و صورت حساب است، اما بعضی از اطلاعات سلامت روانی خاص در آن موجود نیست. بعضی محدودیت‌های خاص اعمال می‌شود:

- می‌توانید درخواست کنید سوابق پزشکی و سایر اطلاعات سلامتتان را که ما در اختیار داریم ببینید، یا یک نسخه الکترونیکی یا کاغذی از آن دریافت کنید.
- یک نسخه یا خلاصه‌ای از اطلاعات سلامتتان را معمولاً در مدت 30 روز از تاریخ درخواستتان در اختیارتان قرار می‌دهیم. هزینه منطقی‌ای برای این کار از شما دریافت می‌شود.
- باید درخواستتان را به صورت کتبی ارسال کنید. فرمی برای انجام این کار به همراه دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال فرم در اختیارتان قرار می‌دهیم.
- در مدت زمان 10 روز کاری، اعلان‌های مرتبط با این درخواست را دریافت خواهید کرد.
- در بعضی مواقع خاص ممکن است درخواستتان پذیرفته نشود. اگر درخواست دسترسی به اطلاعات سلامتتان پذیرفته نشود، می‌توانید درخواست کنید این عدم پذیرش به صورت قانونی بررسی شود.
- اگر درخواست دسترسی به یادداشت‌های روان‌پزشکی شما رد شود، از این حق برخوردار هستید که آن‌ها را برای یک متخصص سلامت روانی دیگر ارسال کنید.

از ما درخواست کنید سوابق پزشکی‌تان را تصحیح کنیم. اگر فکر می‌کنید بعضی از اطلاعات سلامتتان اشتباه یا ناقص هستند می‌توانید درخواست کنید آن‌ها را تصحیح کنیم. ممکن است پاسخ به درخواستتان "منفی" باشد، اما به صورت کتبی در مدت زمان 60 روز به شما اطلاع خواهیم داد. ما الزامی به حذف اطلاعات شما از سوابقتان نداریم. اگر خطایی روی دهد، با افزودن اطلاعات تکمیلی یا توصیف‌کننده، آن‌ها را تصحیح می‌کنیم. تا زمانی که اطلاعات برای یا توسط این سازمان نگهداری شود، از این حق برخوردار هستید که درخواست اصلاح آن‌ها را داشته باشید. بعضی محدودیت‌های خاص اعمال می‌شود:

- باید درخواستتان را برای اصلاح به صورت کتبی ارسال کنید. فرمی برای انجام این کار به همراه دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال فرم در اختیارتان قرار می‌دهیم.
- باید دلیلی برای تأیید درخواستتان ارائه کنید.

علاوه بر آن اگر درخواست اصلاح اطلاعاتی با شرایط زیر را داشته باشید، ممکن است درخواستتان را نپذیریم:

- توسط ما ایجاد نشده باشد، مگر اینکه ایجادکننده اطلاعات دیگر برای ایجاد اصلاحات در دسترس نباشد؛
- بخشی از اطلاعات سلامت نگهداری شده توسط/ برای سازمان ما نباشد؛
- بخشی از اطلاعاتی نباشد که اجازه بررسی یا کپی آن‌ها را داشته باشید. حتی اگر درخواستتان را برای اصلاح نپذیریم، از این حق برخوردار هستید اصلاحیه‌ای کتبی درباره هر مورد یا مطلبی در سوابقتان که فکر می‌کنید ناقص یا اشتباه است ارسال کنید. اگر به صورت کتبی مشخص کنید که می‌خواهید اصلاحیه، بخشی از سوابق سلامتتان باشد، هرگاه آن بخش از سوابقتان را که فکر می‌کنید ناقص یا اشتباه هستند در اختیار دیگران قرار دادیم، اصلاحیه مورد نظرتان را به سوابقتان پیوست و اضافه می‌کنیم.

حق درخواست از ما برای محدود کردن مواردی که استفاده می‌کنیم یا به اشتراک می‌گذاریم. می‌توانید از ما درخواست کنید بعضی اطلاعات خاص سلامت را برای درمان، پرداخت هزینه‌ها، یا انجام فعالیت‌هایمان استفاده نکنیم یا به اشتراک نگذاریم. ما الزامی به پذیرش درخواستان نداریم و اگر درخواستان بر مراقبت پزشکی‌تان تأثیر بگذارد، پاسخ ما "نه" خواهد بود. همچنین حق دارید از ما درخواست کنید در مورد اطلاعات سلامتی که در اختیار افراد حاضر در روند مراقبت شما یا پرداخت هزینه‌های درمانی‌تان قرار می‌دهیم، مانند اعضای خانواده یا دوستانتان، محدودیت ایجاد کنیم. مثلاً می‌توانید از ما درخواست کنید درباره تشخیص بیماری یا درمانتان با دوست یا عضوی از خانواده که مد نظرتان است از اطلاعاتتان استفاده نشود یا به اشتراک گذاشته نشود.

اگر با درخواستان برای محدود کردن نحوه استفاده از اطلاعاتتان برای درمان، پرداخت هزینه، یا اقدامات مربوط به مراقبت از سلامت موافقت کنیم، به درخواستتان عمل خواهیم کرد مگر اینکه لازم باشد این اطلاعات در موارد درمان اورژانسی مورد استفاده قرار گیرند. برای درخواست اعمال محدودیت، باید درخواستان را به‌صورت کتبی در اختیار ارائه‌دهنده قرار دهید. در درخواستان باید اطلاعات مورد نظر برای محدودسازی، اینکه می‌خواهید محدودسازی درباره استفاده یا اشتراک‌گذاری یا هر دو مورد باشد، و اینکه می‌خواهید این محدودیت در رابطه با چه کسی اعمال شود به ما اطلاع دهید.

اگر شخصاً هزینه خدمات یا اقلام مربوط به مراقبت از سلامت را به‌طور کامل پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما درخواست کنید اطلاعات مربوط به آن پرداخت یا اقداماتی که ما در رابطه با بیمه سلامتتان داشته‌ایم به اشتراک نگذاریم. پاسخ ما "بله" خواهد بود مگر اینکه از نظر قانونی ملزم باشیم آن اطلاعات را به اشتراک بگذاریم.

حق درخواست ارتباطات محرمانه. می‌توانید از ما درخواست کنید به روشی خاص با شما تماس بگیریم (مثلاً تماس با تلفن منزل یا محل کار) یا به آدرس دیگری برایتان نامه ارسال کنیم. پاسخ ما به همه این درخواست‌های منطقی، "بله" است. برای درخواست ارتباط محرمانه، باید درخواستان را به‌صورت کتبی در اختیار ارائه‌دهنده قرار دهید. ما دلیل این درخواست را از شما نمی‌پرسیم.

حق درخواست دریافت یک نسخه از این اعلامیه حريم خصوصي. در هر زمان حتی اگر با دریافت الکترونیکی اعلامیه موافقت کرده باشید می‌توانید درخواست کنید یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را دریافت کنید. فوراً یک نسخه کاغذی در اختیارتان قرار می‌دهیم. می‌توانید یک نسخه از این اعلامیه را از ارائه‌دهندگان یا هر کدام از برنامه‌هایی که در بالا به آن‌ها اشاره شد دریافت کنید.

حق دریافت فهرستی از افراد/سازمان‌هایی که اطلاعات با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده است. می‌توانید درخواست کنید فهرستی از دفعات اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامتتان در شش سال گذشته (قبل از تاریخ درخواست)، افراد/سازمان‌هایی که اطلاعات با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده است، و دلیل این کار را در اختیارتان قرار دهیم. این فهرست شامل موارد زیر نمی‌شود:

- اشتراک‌گذاری اطلاعات برای درمان، پرداخت هزینه، یا اقدامات مربوط به مراقبت از سلامت.
- اشتراک‌گذاری اطلاعات با خودتان.
- اشتراک‌گذاری‌هایی که صرفاً همراه با یک اشتراک‌گذاری مجاز یا الزامی صورت گرفته باشد.
- اشتراک‌گذاری‌هایی که با اجازه کتبی شما انجام شده باشد.
- سایر اشتراک‌گذاری‌های خاص که از نظر قانونی مجاز یا الزامی بوده‌اند.

همه موارد اشتراک‌گذاری اطلاعات را عنوان خواهیم کرد، بجز موارد مربوط به درمان، پرداخت هزینه‌ها، اقدامات مربوط به مراقبت از سلامت، و بعضی موارد خاص دیگر از اشتراک‌گذاری (مانند مواردی که خودتان برای انجام آن‌ها درخواست کرده باشید). در هر سال یک بار این فهرست به‌صورت رایگان ارائه می‌شود، اما اگر در طول 12 ماه یک بار دیگر درخواست کنید، هزینه‌ای منطقی برای آن از شما دریافت خواهد شد. برای درخواست این فهرست از موارد اشتراک‌گذاری اطلاعات، باید درخواستتان را به‌صورت کتبی ارائه کنید. فرمی برای انجام این کار به همراه دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال فرم در اختیارتان قرار می‌دهیم. در درخواستتان باید دوره زمانی را مشخص کنید، و اینکه می‌خواهید فهرست در چه قالبی باشد (مثلاً به‌صورت کاغذی یا الکترونیکی). درباره هزینه این کار به شما اطلاع خواهیم داد، و در هر زمان قبل از پرداخت هزینه می‌توانید درخواستتان را لغو یا اصلاح کنید.

حق انتخاب یک نفر برای اینکه از طرف شما اقدام کند. اگر به فردی وکالت پزشکی داده‌اید یا اگر فردی قیم قانونی شما است، این فرد می‌تواند نسبت به اجرای حقوق شما اقدام کند و درباره اطلاعات سلامتتان تصمیم‌گیری کند. قبل از هر اقدامی بررسی می‌کنیم این فرد اجازه داشته باشد و بتواند از طرف شما فعالیت کند.

تغییرات در مفاد این اعلامیه. ما می‌توانیم مفاد این اعلامیه را تغییر دهیم، و این تغییرات در مورد همه اطلاعاتی که درباره شما داریم اعمال می‌شود. اعلامیه جدید به درخواست شما در دفتر قابل دسترسی است، و در وبسایت نیز موجود است. وقتی/اگر اصول اعلامیه حریم خصوصی تغییر کند، یا اگر در سایت سرویس جدید ثبت نام کنید، یک نسخه از اعلامیه جدید را دریافت خواهید کرد.

در موارد زیر هرگز اطلاعاتتان را به اشتراک نمی‌گذاریم مگر اینکه خودتان به‌صورت کتبی مجوز کتبی بدهید: اهداف بازاریابی، فروش اطلاعات، و اشتراک‌گذاری اکثر یادداشت‌های روان‌پزشکی. برای جزئیات بیشتر به یادداشت‌های روان‌پزشکی در صفحه 29 مراجعه کنید. در موارد جمع‌آوری کمک‌های مالی یا کمپین‌های رسانه‌ای، ممکن است برای اقدامات مرتبط با جمع‌آوری کمک‌های مالی یا کمپین‌های رسانه‌ای با شما تماس بگیریم، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به ما اطلاع دهید.

اگر فکر می‌کنید حقوقتان نقض شده است، شکایت کنید. هدف همه برنامه‌های آژانس خدمات مراقبت از سلامت (Health Care Services Agency)، محافظت از حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی شما است. اگر فکر می‌کنید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید شکایتتان را برای بخشی ارسال کنید که فکر می‌کنید نقض در آنجا صورت گرفته است. ما فوراً به شکایتتان رسیدگی می‌کنیم و در صورت لزوم اصلاحات را انجام خواهیم داد. ما به خاطر تنظیم شکایت هیچ گونه اقدامی علیه شما انجام نخواهیم داد.

همه شکایت‌ها را باید به‌صورت کتبی ارسال کنید. برای ارسال شکایت، یک کپی از فرم و دستورالعمل‌ها را از آدرس زیر دریافت کنید:

Consumer Assistance Office 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES
Office of the Director 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH
Office of the Director 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	ADMINISTRATION AND INDIGENT HEALTH
Office of the Director ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000	PUBLIC HEALTH DEPARTMENT

همچنین می‌توانید شکایتان را به این آدرس به دفتر حقوق مدنی در اداره خدمات انسانی و سلامت آمریکا (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) ارسال کنید:

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 Seventh Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

یا با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید، یا به این سایت مراجعه کنید www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ ما به خاطر تنظیم شکایت هیچ گونه اقدامی علیه شما انجام نخواهیم داد.



OFFICE OF COMPLIANCE SERVICES
1000 San Leandro Boulevard, Suite 300
San Leandro, CA 94577
تلفن: (510) 618-3333

خلاصه اعلامیه اصول حریم خصوصی

در این اعلامیه درباره اینکه اطلاعات سلامت مربوط به شما ممکن است چطور استفاده و منتشر شود و چطور می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید توضیح داده شده است. نکته مهم: این صفحه فقط یک خلاصه است و همه جزئیات مربوط به سیاست حریم خصوصی را شامل نمی‌شود. جزئیات مربوط به همه بخش‌ها به درخواست خودتان در متن کامل اعلامیه اصول حریم خصوصی موجود است.

1. ما چطور می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را استفاده کنیم و آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم:

- درمان – برای ارائه خدمات درمان پزشکی یا انواع دیگر خدمات سلامت ممکن است از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم.
- پرداخت هزینه‌ها – برای صدور صورت‌حساب برای شما یا شخص ثالث برای پرداخت هزینه خدماتی که به شما ارائه شده است، ممکن است از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم.
- اقدامات مرتبط با مراقبت از سلامت – برای اقداماتی مانند کنترل کیفیت، نظارت بر تبعیت از قوانین، ارزیابی نتایج، ممیزی، و سایر کارها، ممکن است از اطلاعات سلامت شما استفاده کنیم یا آن‌ها را در اختیار دیگران قرار دهیم.

2. موارد اشتراک‌گذاری که نیازی به موافقت یا مخالفت شما نیست:

- مواردی که براساس قانون فدرال، ایالتی، یا محلی الزامی باشد
- در صورت بروز موارد سوءاستفاده از/سهل‌انگاری در مورد کودکان یا افراد مسن، یا سوءاستفاده از/سهل‌انگاری در مورد افراد مستن ناتوان، یا خشونت خانگی
- خطرهای احتمالی در رابطه با سلامت عمومی برای فعالیت‌های مرتبط با سلامت عمومی برای پیشگیری و کنترل بیماری.
- دعوی حقوقی و بحث‌های حقوقی در پاسخ به حکم دادگاه، حکم اجرایی، یا در پاسخ به حکم احضار
- اعمال قانون برای کمک به مقامات اعمال‌کننده قانون در پاسخ به اقدامات جنایی.
- پزشکی قانونی، معاینه‌کننده پزشکی، و مسئول امور تدفین
- مراکز اهدای عضو یا بافت در صورتی که شما اهداکننده عضو باشید
- برای پیشگیری از تهدید افراد یا سلامت و ایمنی عمومی

3. موارد اشتراک‌گذاری که به موافقت یا مخالفت شما نیاز است:

- فهرست‌های راهنمای بیمار – می‌توانید مشخص کنید کدام اطلاعات سلامت (در صورت وجود) در فهرست‌های راهنمای بیمار اضافه شود.
- افرادی که در روند مراقبت شما یا پرداخت هزینه‌ها حضور دارند – ممکن است اطلاعات سلامت شما را با اعضای خانواده، دوستان نزدیک، یا هر فرد دیگری که مشخص کرده باشید در مراقبت از سلامت شما حضور دارد به اشتراک بگذاریم.

4. سایر موارد استفاده از اطلاعات سلامت:

- سایر موارد استفاده که در این اعلامیه یا قوانین مرتبط با ما توصیف نشده‌اند، فقط با رضایت کتبی شما امکان‌پذیر هستند.

5. درباره اطلاعات سلامت مربوط به شما که نگهداری می‌کنیم از این حقوق برخوردار هستید:

1. حق دسترسی به اطلاعات سلامت خودتان
2. حق بررسی سوابق سلامت و دریافت یک نسخه از سوابق سلامت به درخواست خودتان
3. حق اصلاح اطلاعاتی در سوابق سلامت که فکر می‌کنید اشتباه یا ناقص هستند
4. حق اطلاع از اینکه اطلاعات سلامتتان را با چه کسانی به اشتراک گذاشته‌ایم
5. حق درخواست اعمال محدودیت بر اطلاعات سلامت شما که در اختیار دیگران قرار می‌دهیم
6. حق دریافت مکاتبات/ مرادفات از طرف ما درباره اطلاعات سلامتتان به روش‌های دیگر
7. حق دریافت نسخه کاغذی از اعلامیه اصول حریم خصوصی به‌صورت کامل

من تأیید می‌کنم که اعلامیه اصول حریم خصوصی ☐ را به من داده‌اند یا آن ☐ را دریافت کرده‌ام

_____	_____
تاریخ	امضای مشتری یا نماینده مشتری

_____	_____
نام بخش/ برنامه HCSA	نام مشتری/ نماینده مشتری با حروف بزرگ

اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2:

اطلاعات مربوط به اشتراک‌گذاری اطلاعات بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل

لطفاً آن را به دقت بررسی کنید

اگر برای خدمات مربوط به سوءمصرف مواد مخدر یا الکل اقدام می‌کنید یا این خدمات را دریافت می‌کنید، بخش 2 از CFR 42 از اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کند. به‌طور کلی اگر برای دریافت خدمات مربوط به سوءمصرف مواد مخدر و الکل اقدام می‌کنید، نمی‌توانیم به فردی خارج از سازمان اطلاع دهیم که شما در برنامه ما شرکت می‌کنید، و هیچ اطلاعاتی را که باعث شناسایی شما به‌عنوان فرد دریافت‌کننده درمان مربوط به سوءمصرف می‌شود در اختیار سایرین قرار نخواهیم داد، بجز در مواردی که در این اعلامیه فهرست شده است.

CFR 42، بخش 2: براساس قوانین و مقررات فدرال، ازجمله قانون "قانون مسئولیت و جابجایی بیمه سلامت مصوب سال 1996" (HIPAA) اطلاعات کلی درباره مراقبت از سلامت شما، ازجمله پرداخت هزینه‌های مراقبت از سلامت، U.S.C. § 1320d و سایر مفاد، 45 C.F.R. بخش‌های 160 و 164، و "قانون حفظ محرمانگی"، 42 U.S.C. § 290dd-2 و 42 C.F.R. بخش 2، اطلاعات کلی درباره مراقبت از سلامت شما، ازجمله اطلاعات مربوط به پرداخت هزینه‌ها، محافظت خواهند شد. بر اساس این قوانین و مقررات، محرمانگی سوابق مربوط به اختلال مصرف‌کننده مواد مخدر (SUD) شما، سبب حفظ محرمانگی هویت شما، تشخیص بیماری، سوابق درمانی نگهداری شده در رابطه با عملکردهای هرکدام از برنامه‌های فدرال یا فعالیت مرتبط با آموزش‌های مربوط به سوءمصرف مواد مخدر، پیشگیری، آموزش، بازپروری درمانی، یا تحقیقات خواهد شد. ارائه‌دهنده درباره حضور شما در برنامه به افراد خارج از برنامه اطلاعی نخواهد داد، همچنین ارائه‌دهنده هیچ اطلاعاتی را که باعث شناسایی شما به‌عنوان بیمار تحت درمان سوءمصرف مواد یا الکل می‌شود در اختیار سایرین قرار نخواهد داد و سایر اطلاعات محافظت‌شده را به اشتراک نخواهد گذاشت، بجز در مواردی که به‌واسطه قوانین فدرال مجاز باشد.

ارائه‌دهنده قبل از افشای اطلاعات شما در رابطه با پرداخت هزینه‌ها باید از شما رضایت کتبی گرفته باشد. مثلاً ارائه‌دهنده قبل از ارائه اطلاعات شما به شرکت بیمه برای دریافت هزینه خدمات، باید از شما رضایت کتبی بگیرد. همچنین ارائه‌دهنده قبل از فروش اطلاعات شما یا افشای اطلاعات برای اهداف بازاریابی، باید از شما رضایت کتبی بگیرد. به‌طور کلی قبل از اینکه ارائه‌دهنده بتواند اطلاعات را برای اهداف درمانی یا اقدامات مرتبط با مراقبت سلامت به اشتراک بگذارد، باید از شما مجوز کتبی دریافت کند. هرچند که ارائه‌دهنده به‌طور کلی نمی‌تواند اطلاعاتی که مستقیم یا غیرمستقیم سبب شناسایی سرویس‌گیرنده SUD می‌شود به اشتراک بگذارد، اما در موارد زیر قوانین و مقررات فدرال به ارائه‌دهنده اجازه داده‌اند اطلاعات را بدون کسب مجوز کتبی از شما به اشتراک بگذارند:

1. وقتی سرویس‌گیرنده برای خودش و سایرین خطر ساز باشد؛
2. وقتی سرویس‌گیرنده برای دیگران خطر ساز باشد یا تهدید به آسیب کرده باشد؛
3. وقتی سرویس‌گیرنده کاملاً ناتوان است و نمی‌تواند تصمیم‌گیری منطقی در رابطه با نیازهای درمانی‌اش داشته باشد؛
4. وقتی سرویس‌گیرنده مشکوک به سوءاستفاده از کودکان یا سهل‌انگاری در رابطه با آنها باشد؛
5. وقتی سرویس‌گیرنده مشکوک به سوءاستفاده از افراد مسن باشد؛
6. وقتی سرویس‌گیرنده در وضعیت پزشکی اورژانسی باشد و نتواند اجازه بدهد؛

7. وقتی از اطلاعات سرویس‌گیرنده برای بررسی کیفیت استفاده شود؛
 8. در صورت توافق با یک سازمان مجاز ارائه‌کننده خدمات (QSO)، مثلاً برای نگهداری سوابق، حسابداری، یا سایر خدمات حرفه‌ای؛ و
 9. برای بررسی توسط سازمان‌های مجاز و معتبر.
- نقض قوانین و مقررات فدرال توسط هر برنامه‌ای براساس بخش 2 از 42 CFR جرم است، و موارد نقض مشکوک به مقامات مربوطه گزارش می‌شود، از جمله سازمان حمایت از منطقه شمالی کالیفرنیا (U.S. Attorney for the Northern District of California) (در آدرس: 450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102)، و سازمان خدمات مراقبت از سلامت کالیفرنیا (California Department of Health Care Services) (در آدرس: 0000, 1501 Capital Avenue, MS) (Sacramento, California 95389-7413).
- ارائه‌دهنده قبل از استفاده یا اشتراک‌گذاری اطلاعات سلامت شما به‌گونه‌ای که در بالا توضیح داده نشده است، یا به هر شکل تحت قوانین و مقررات جاری مجاز نباشد (مثل بخش 2 از 42 CFR)، ابتدا باید رضایت کتبی شما را برای اشتراک‌گذاری اطلاعات دریافت کند. چنین رضایتی را می‌توانید به‌صورت شفاهی یا کتبی لغو کنید.
- وظایف ارائه‌دهنده: ارائه‌دهنده از نظر قانونی ملزم به حفظ حریم خصوصی اطلاعات سلامت و SUD شما است، و باید اعلامیه‌ای درباره وظایف قانونی و اصول حریم خصوصی مرتبط با اطلاعات سلامتتان در اختیار شما قرار دهد. ارائه‌دهنده از نظر قانونی ملزم به پیروی از مفاد این اعلامیه است و باید از مفاد جدید اعلامیه در رابطه با همه اطلاعات سلامت محافظت‌شده تحت اختیارش تبعیت کند. نسخه‌های بازبینی‌شده و به‌روزرسانی‌شده اعلامیه‌ها در جلسه‌های درمان در اختیار افراد قرار می‌گیرد و روی تابلوی اعلانات عمومی در قسمت لابی نصب خواهد شد.
- نارضایتی و گزارش موارد نقض: اگر با هرکدام از موارد مرتبط با خدماتتان رضایت ندارید، از جمله محرمانگی، یا اگر نمی‌توانید به راحتی درباره هر مسئله‌ای با ارائه‌دهندگان صحبت کنید، می‌توانید از طریق شماره 779-0787 (800) 1 با دفتر کمک به مصرف‌کنندگان تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر، به روند حل و فصل مشکلات افراد ذینفع که از صفحه 20 این بسته شروع می‌شود مراجعه کنید.

نام برنامه:	نام ذینفع:	
	تاریخ تولد:	تاریخ پذیرش:
	شماره INSYST:	
در صورت وجود شماره RU:		

تأیید دریافت

رضایت برای دریافت خدمات

همانطور که در صفحه یک این بسته توضیح داده شد، اگر قسمت پایین را امضا کنید یعنی رضایت داده‌اید داوطلبانه خدمات مراقبت از سلامت رفتاری را از این ارائه‌دهنده دریافت کنید. اگر نماینده قانونی ذینفع هستید، امضای شما مصداق همین رضایت دادن را دارد.

مطالب حاوی اطلاعات

همچنین امضای شما به این معنی است که مطالب علامت‌خورده در زیر به زبان یا به هر روشی که آن را متوجه شده باشید به شما منتقل شده است، اینکه بسته مطالب حاوی اطلاعات در رابطه با سوابقتان به شما داده شده است، و همچنین اینکه با روش تحویل راهنماها و فهرست ارائه‌دهندگان همانطور که علامت خورده است موافق هستید. شما در هر زمان می‌توانید درخواست کنید توضیح و/یا نسخه‌هایی از این مطالب دوباره در اختیارتان قرار داده شود.

اعلان اولیه

لطفاً کادرهای زیر را علامت بزنید تا مشخص شود درباره کدام مطالب در زمان پذیرش یا در هر زمان دیگری با شما صحبت شده است.

- ☐ رضایت برای دریافت خدمات
- ☐ آزادی انتخاب
- ☐ اعلامیه عدم تبعیض
- ☐ محرمانگی و حریم خصوصی
- ☐ حفظ مکانی امن و ایمن (این بخش جزء مطالب اطلاعاتی/ایالتی نیست)
- ☐ "راهنمای خدمات سلامت روانی Medi-Cal" یا "راهنمای خدمات مواد مخدر Medi-Cal"
- نحوه تحویل: ☐ آنلاین (وبسایت) ☐ ایمیل

نسخه کاغذی
- ☐ فهرست ارائه‌دهندگان در طرح سلامت رفتاری کانتی آلامدا
- نحوه تحویل: ☐ آنلاین (وبسایت) ☐ ایمیل

نسخه کاغذی
- ☐ اطلاعاتی درباره حل و فصل کردن مشکلات افراد ذینفع
- ☐ اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی (برای افراد 18 سال به بالا زمانی که سرویس‌گیرنده به 18 سالگی می‌رسد)
- تابحال وصیت‌نامه پزشکی تهیه کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسختان "بله" است، می‌توانید یک نسخه از آن را برای نگهداری در سوابقتان به ما بدهید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسختان "خیر" است، می‌توانیم برای تهیه این سند به شما کمک کنیم؟ ☐ بله ☐ خیر
- ☐ اعلامیه اصول حریم خصوصی – HIPAA & HITECH
- ☐ اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2: اعلامیه درباره اشتراک‌گذاری اطلاعات بیماران مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل (برای کسانی که فقط خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر دریافت می‌کنند)

امضای ذینفع: (یا در صورت وجود، نماینده قانونی)	تاریخ:
حروف اول نام و نام خانوادگی متخصص (پزشک)/پرستل شاهد:	تاریخ:
آدرس ایمیل برای تحویل راهنماها و فهرست ارائه‌دهندگان (در صورت امکان):	

اعلان سالیانه: ارائه‌دهنده باید هر سال به شما اطلاع دهد که مطالب فهرست‌شده در بالا برای بررسی شما قابل دسترسی هستند. لطفاً حروف اول نام و نام خانوادگی‌تان را در کادر زیر بنویسید تا در آن زمان نمایش داده شود.

حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ:	حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ:	حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ:	حروف اول نام و نام خانوادگی و تاریخ:
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

هر سال از یک کادر برای حروف اول نام و نام خانوادگی **ذینفع** (یا نماینده قانونی او) و تاریخ استفاده کنید.

- اعلان اولیه: درباره هر مورد مرتبط در این بسته با ذینفع (یا نماینده قانونی او) به زبان مورد نظرش یا به روش دلخواه ارتباطی او صحبت کنید. کادر مربوط به اطلاعات شناسایی را در بالای صفحه قبل تکمیل کنید. کادرهای مرتبط را علامت بزنید تا مواردی که درباره آنها توضیح داده شده است/ارائه شده‌اند مشخص شود. از ذینفع بخواهید در کادر مربوطه علامت بزنند و تاریخ را وارد کنند. حروف اول نام و نام خانوادگی ذینفع و تاریخ را در کادر مربوطه وارد کنید. بسته مطالب اطلاعاتی باقی‌مانده را به ذینفع بدهید تا در سوابقش نگهداری کند. این صفحه امضا را در نمودار ثبت کنید.
- اعلان‌های سالیانه: به افراد ذینفع اطلاع دهید مطالبی برای بررسی موجود است، و در صورت درخواست، این مطالب را بررسی کنید. حروف اول نام و نام خانوادگی به همراه تاریخ در کادرهای مربوطه وارد شود.
- این بسته اطلاعاتی به همه زبان‌های موجود و همراه با صفحه دستورالعمل‌های کامل در این آدرس قابل دسترسی است:
<http://www.ACBH.org/providers/QA/General/informing.htm>