

अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (Uninsured Care Programs) की गोपनीयता संबंधी कार्य रीति का नोटिस

यह नोटिस वर्णन करता है कि किस तरह से आपके बारे में चिकित्सा जानकारी का इस्तेमाल और प्रकटन किया जा सकता है और कैसे आप इस जानकारी तक पहुँच बना सकते हैं। कृपया इसे ध्यान से पढ़ें।

संघीय और न्यूयॉर्क राज्य के कानून के तहत, अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (Uninsured Care Programs) को आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (Protected Health Information) (जिसमें आपके बारे में निर्णय लेने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली चिकित्सकीय और बिलिंग संबंधी जानकारी शामिल है) का संरक्षण करना होगा और इस नोटिस की शर्तों का अनुपालन करना होगा। प्रोग्रामों को प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य संबंधी जानकारी और निजी अभिज्ञापक पूरी तरह से गोपनीय रखे जाते हैं।

अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के लिए आपको यह बताने के लिए यह नोटिस देना आवश्यक है कि किस तरह से अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम), अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के पास आप से संबंधित अवधारित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और प्रदान (प्रकटन) कर सकते हैं। अगर अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) आपकी संरक्षित स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जिस तरह से उपयोग की जाती और दी जाती है, इसमें कोई परिवर्तन करता है, तो आपको मेल द्वारा एक नया नोटिस मिलेगा। प्रोग्राम कर्मचारी गोपनीयता और निजता संबंधी आपकी ज़रूरतों से अवगत हैं और निजी जानकारी केवल प्रोग्राम के संचालन के लिए आवश्यक हो ऐसे ही प्रकट करेंगे।

अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) को आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी को उपयोग करना और देना ही होगा:

- आपको या आपकी ओर से कार्रवाई करने का जिसे कानूनी अधिकार हो ऐसे किसी व्यक्ति (उदाहरणार्थ आपके स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी, या फिर आपके द्वारा हस्ताक्षरित किसी खास निमुक्त द्वारा निर्दिष्ट कोई खास व्यक्ति) के सामने
- आवश्यकता हो तो न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य आयुक्त (Commissioner of Health) और संघीय नागरिक अधिकार कानून कार्यालय (Federal Office of Civil Rights), ताकि आपकी निजता की रक्षा सुनिश्चित की जा सके; और
- जब स्पष्ट रूप से कानूनन आवश्यक हो: उदाहरण के लिए स्वास्थ्य सेवा देखरेख गतिविधियाँ।

आपकी अनुमति के साथ अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम)

- आपकी स्वास्थ्य सेवा के लिए भुगतान करने के लिए, आपको ग्राहक सेवाएं प्रदान करने के लिए, आपकी किन्हीं भी शिकायतों का समाधान करने के लिए और अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) चलाने के लिए;
- सेवाओं के लिए क्लेमों का भुगतान करने, उन्हें अस्वीकार करने और उनका लेखा परीक्षण करने और आपके द्वारा प्राप्त लाभों का संयोजन करने के लिए;
- स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम चुकाने के लिए और आप बताएं उस तरह से अन्य बीमा कैरियरों, Medicaid सहित, को बिल भेजने के लिए;
- हमारे व्यावसायिक सहयोगियों को, जो सामान्य व्यावसायिक प्रचालनों में हमारी मदद करते हैं; उदाहरण के लिए बाहरी ऑडिटर, बशर्ते वे आपकी जानकारी को गोपनीय रखने के लिए सहमत हों;
- स्वास्थ्य या सुरक्षा को कोई भी गंभीर और निकटवर्ती जोखिम होने से बचने के लिए;
- अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के तहत किन्हीं नये या बदले हुए लाभों के बारे में आप से संपर्क करने के लिए; और
- नई उपचार संबंधी जानकारी के बारे में या आपकी टिप्पणियाँ पाने के लिए आप से संपर्क करने के लिए।

अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) द्वारा रखी जानेवाली जानकारी में ये शामिल हैं:

- कार्यक्रम में नामांकन के लिए आवेदन;
- आपके स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा भरा हुआ चिकित्सकीय आवेदन फॉर्म;
- क्लेम और भुगतान संबंधी जानकारी (7 सालों तक ही); और
- दवाओं या सेवाओं की अग्रिम स्वीकृति के लिए आपके स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा जमा कराई गई चिकित्सकीय जानकारी।

कानून के तहत आपको ये करने का अधिकार है:

- इस नोटिस को या अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) द्वारा अवधारित आपकी संरक्षित स्वास्थ्य संबंधी जानकारी को देखने और उनकी एक प्रति को पाने का; अगर स्वास्थ्य संबंधी जानकारी की आपकी माँग को अस्वीकार कर दिया जाए, तो आपको अस्वीकृति की समीक्षा की माँग करने का अधिकार है।
- आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी में संशोधन की माँग करने का। अगर अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) आपकी माँग से असहमत हो, (उदाहरण के लिए, अगर जानकारी सटीक हो), तो आप अपनी संरक्षित स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के साथ अपनी असहमति का कथन जोड़ सकते/सकती हैं।
- अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) से आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी पाने वालों की एक सूची पाने का। इस सूची में आपकी वह संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी कवर नहीं होगी जिसे आपकी स्वास्थ्य सेवा के लिए भुगतान करने के लिए, स्वास्थ्य बीमा के लिए या फिर अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के संचालन के लिए प्रदान किया गया था।
- अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) से आपके साथ एक अलग तरीके से या अलग जगह पर संचार करने को कहने का (उदाहरण के लिए आपके घर के पते के बजाए किसी P.O. बॉक्स पर सामग्री भेज कर)।
- अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) को आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी किस तरह से उपयोग की जाती है और आपके क्लेम का भुगतान करने और अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) चलाने के लिए किस तरह से दूसरों को दी जाती है इसे सीमित करने को कहने का। (कृपया नोट करें कि अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) आपकी माँग से सहमत न हो सके ऐसा हो सकता है)।
- आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता या सुरक्षितता का उल्लंघन होने पर सूचित किए जाने का।
- आपको इलेक्ट्रॉनिक रूप में रखी जाने वाली संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी की एक इलेक्ट्रॉनिक प्रति पाने का हक है। जहाँ इलेक्ट्रॉनिक जानकारी को आपने माँग की हो उस रूप और प्रारूप में आसानी से उपलब्ध कराना संभव नहीं है, वहाँ जानकारी को एक वैकल्पिक पढ़ने लायक रूप में प्रदान किया जाएगा और यह उस प्रारूप में होगी जिस पर आपने और अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) ने सहमति की हो।

कानून के द्वारा अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के पास आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को इस नोटिस में निर्दिष्ट न किया गया हो ऐसे किसी भी उद्देश्य के लिए उपयोग करने या किसी और को देने के लिए आपकी लिखित अनुमति ("अधिकृति") होनी चाहिए। आप किसी भी समय रद्दीकरण का लिखित नोटिस भेज कर अपनी लिखित अनुमति वापस ले सकते/सकती (रद्द कर सकते/सकती) हैं।

आप नीचे दिए गए अलबेनी के नंबर पर निजता कार्यालय (Privacy Office) को कॉल करके या www.health.state.ny.us पर वेब पर मौजूद जानकारी देख कर प्रोग्राम के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त कर सकते/सकती हैं या अपने अधिकारों का उपयोग कर सकते/सकती हैं। अगर आपको लगता हो कि अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) ने इस नोटिस में वर्णित आपके निजता संबंधी अधिकारों का उल्लंघन किया है, तो आप अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के बारे में अपनी शिकायत को नीचे दिए हुए पतों में से किसी पर भी भेज सकते/सकती हैं:

Privacy Officer	Office of Civil Rights
Empire Station	Department of Health and Human Services
P.O. Box 2052	Jacob Javits Federal Building
Albany, New York 12220	26 Federal Plaza Suite 3312
फोन (518) 459-1641	New York, New York 10278
(844) 682-4058	फोन (212) 264-3313
(800) 542-2437	फैक्स (212) 264-3039
TTY (518) 459-0121	

शिकायत दर्ज करने से आपके खिलाफ कोई प्रतिकूल कार्रवाई नहीं की जाएगी या इससे अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) के तहत आपकी प्रोग्राम के लिए पात्रता प्रभावित नहीं होगी।

यह गोपनीयता नोटिस इंटरनेट द्वारा यहाँ भी उपलब्ध है: www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/hipaa.htm

**अधिक जानकारी के लिए अनइंश्योर्ड केयर प्रोग्राम (बिना बीमा वाले लोगों के लिए देखभाल कार्यक्रम) को कॉल करें
1-800-542-2437 1-844-682-4058 पर कॉल करें।**