

د You First د غړیتوب غوښتنلیک

په مهرباني سره دغه غوښتنلیک بشپړ کړئ او بېرته یې راوستئ:

پوسټ: Vermont Department of Health, PO Box 70 Drawer 38 (YF), Burlington, VT 05402-0070

فکس: 802-657-4208

کانه او کم اوږدونکي کسان دې مهرباني وکړي د Vermont Relay خدمت 711 دې وکاروي او زموږ شمېره یعنې 1-800-508-2222 ورکړي. که تاسو پوښتنې لرئ یا مو شفاهي ژباړې ته اړتیا وي، په مهرباني سره دغه 1-800-508-2222 شمېرې ته زنگ ووهئ. په مهرباني سره خپله ژبه روښانه کړئ او موږ به له شفاهي ژباړن سره اړیکه ونیسو.

برخه 1: ستاسو په هکله

لومړی نوم:

تخلص:

هغه نوم چې تاسو غواړئ د You First کارکوونکي یې وکاروي:

د زیږون نېټه (کال اورځامیاشت):

زه د ټولنیز امنیت شمېره نه لرم

د ټولنیز امنیت شمېره (XXX-XX-XXXX):

نومخړي: هغه/هغې هغه/هغه ته دوی/دوی ته نور (په مهرباني سره یې مشخص کړئ):

زه اوسمهال دایمي پته نه لرم

د کوڅې پته:

زېپ کوډ:

ایالت:

ښار/ښارگوټی:

پوسټي پته (که له پورته څخه توپیر لري):

برېښنالیک پته:

د ټلېفون شمېره: _____ کور کاري گرځنده ټلېفون
(____) - _____ ايا دا سمه ده چې يو پيغام پرېږدئ؟ هو نه

له تاسو سره د اړيکې نيول کېدو کومه لاره غوره بولئ؟ ټلېفون برېښنالیک پوست

ايا تاسو د لاتيني يا هسپانوي رېښه ياست؟ هو نه خُواب نه ورکول غوره کوم

تاسو په کوم نژاد يا نژاد پېژندل کېږئ؟
(په مهرباني سره ټول ډلې کېدونکي موارد په نښه کړئ)
 سپين
 تور او افریقایي امریکایی
 آسیا يا آسیایي امریکایی
 اصلي هاوايي يا د پاسفیک ټاپو اوسېدونکی
 خایي، امریکایی هندي، يا د الاسکا اصلي
 نه پوهیږم/ډاډه نه يم
 خُواب نه ورکول غوره کوم
 نور (په مهرباني سره يې مشخص کړئ)

د ليکلو او لفظي اړيکو لپاره ستاسو غوره ژبه کومه ده؟

انګلیسي
 هسپانوي
 عربي
 فرانسوي
 نیپالي
 سومالي
 کېروندی
 نور (په مهرباني سره يې مشخص کړئ)

ايا تاسو اړتيا لرئ چې موږ له يو شفاهي ژباړن ته
زنگ ووهو؟ هو نه

د زده کړې لوړه کچه چې تاسو يې بشپړه کړې ده
کومه ده؟
 تر 9م ټولګي کمه
 يو څه عالي لېسي
 د عالي ښوونځي فارغ يا ورسره مساوي
 يو څه کالج
 د کالج فارغ
 نه پوهیږم/ډاډه نه يم چې مساوي
 خُواب نه ورکول غوره کوم

ايا تاسو د **LGBTQ+** شخص په توګه پېژندل کېږئ؟
(ښځينه همجنس پال، نارينه همجنس پال، دوه جنسه، بدل هو نه خُواب نه ورکول غوره کوم
شوی جنسیت، کویر)

ايا تاسو فزیکي، رواني، د زده کړې يا احساساتي روغتيايي ستونزه يا معلولیت لرئ؟
 هو نه خُواب نه ورکول غوره کوم

You First پروګرام د نژاد، توکم، زده کړې، جنسیت، هويت، معلولیت، او ژبې په اړه د شخصي معلوماتو غوښتنه کوي خو ډاډمن شي چې موږ د *Vermont* د پروګرام پر شرایطو برابر ته رسېږو. ستاسو ځوابونه زموږ د تيم لپاره زموږ په کار کې خورا ګټور دي خو په روغتيايي پایلو کې د مخنيوي وړ توپيرونه راکم کړي، خو تاسو د "خواب نه ورکول غوره کوم" اختیار هم انتخابولی شئ.

برخه 2: عايد

تر مالياتو مخکي د کورني ټوليز عايد: \$

هر کال هره مياشت هره اونۍ هره بله اونۍ

د ټولو هغو کسانو شمېر چې په عايد باندې ژوند کوي:

(په شمول خان، مېرمن يا خاوند\د ژوند ملگري، ماشومان يا هغه کسان پکې شامل کړئ چې په دغه عايد باندې ژوند کوي)

برخه 3: روغتيايي بيمه

ايا تاسو روغتيايي بيمه لرئ؟

هو، زه روغتيايي بيمه لرم.
 نه، زه اوسمهال روغتيايي بيمه نه لرم.

که ځواب هو وي، په مهرباني سره لاندې برخې بشپړ کړئ:

د پوښښ د پيل نېټه:	د بيمې د کمپنۍ نوم:
د پاليسۍ يا ID شمېره:	د پاليسۍ د ترلاسه کونکي نوم:
	د گروپ يا اکونټ شمېره:

برخه 4: روغتيايي سابقه

ايا تاسو د سينې يا رحم (سرطان) لرئ يا مو درلودلې دي؟

هو نه

ايا تاسو يو ډاکټر يا د روغتيايي پاملرني چمتو کونکي لرئ؟

هو نه

د دفتر نوم:	که ځواب هو وي
د دفتر موقعيت (ښار/ښارگوټي):	

که ځواب نه وي، ايا د ډاکټر په موندلو کې مرستې ته اړتيا لرئ؟

هو نه

کله ستاسو ورستی Pap يا HPV ټسټ هېڅکله مي Pap/HPV ټسټ نه دی کړی ما يو هيستريکټومي (hysterectomy) درلوده

		و؟
<input type="checkbox"/> د نېټې په هکله ډاډه نه يم		نېټه: موقعیت:
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو		ايا تاسو د رحم کومې انډيټنې يا وروستي غیر معمولي Pap يا HPV ټسټونه لرئ؟
<input type="checkbox"/> مستکومی (mastectomy) مې درلوده		څه وخت ستاسو وروستي مموگرام (mammogram) و؟
<input type="checkbox"/> د نېټې په هکله ډاډه نه يم		نېټه: د روغتون نوم:
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو		ايا تاسو د سيني کوم ډول بدلونونه، انډيټنې يا وروستي غیر معمولي مموگرام (mammogram) لرئ؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو		ايا تاسو د تنباکو کوم ډول محصولات (لکه سگرت، سيگار يا د تبخیرېدونکي محصولات) کاروئ؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو		ايا تاسو د تنباکو کوم ډول محصولات (لکه سگرت، سيگار يا د تبخیرېدونکي محصولات) کاروئ؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو		ځواب نه ورکول غوره کوم
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو		که ځواب هو وي، ايا مور ستاسو لپاره 802Quits ته مراجعه کولی شو؟ 802Quits به له تاسو سره د ټلېفون له لارې اړیکه ونيسي او يو پیغام به پرېږدي، که دوی تاسو ته ونه رسېږي.
<input type="checkbox"/> داکټر، نرس، کلینیک (مشخص یې کړئ): <input type="checkbox"/> پوسټر يا بروشر <input type="checkbox"/> فیسبوک يا ټولنيزي رسنۍ <input type="checkbox"/> ټلویزیون يا راډیو <input type="checkbox"/> نور (مشخص یې کړئ)		د You First په هکله مو څنگه معلومات پیدا کړل؟ <input type="checkbox"/> زه مخکې غړی وم <input type="checkbox"/> د ملگري يا خپلوان له لوري <input type="checkbox"/> د انلاین ټون له لاري <input type="checkbox"/> د انلاین اعلانونو له لاري <input type="checkbox"/> Pride Center of Vermont

برخه 5: د غړي رضایت - حقونه او مسولیتونه

زه د دغه غوښتنلیک په لاسلیک کولو سره په You First پروگرام کې د گډون لپاره رضایت ورکوم. زه موافق یم چې غوښتنلیک په هغو معلوماتو سره بشپړ کړی چې تر هغه پورې چې زه پوهیږم ریښتیا دي. زه You First ته اجازه ورکوم چې زما روغتیايي معلوماتو ته لاسرسی ومومي او شریک یې کړي.

زه خپل ډاکټر، کلینیک، روغتون، لابراتوار او د ژوند ژواک پروگرامونو ته اجازه ورکوم چې زما معلومات له You First پروگرام سره شریک کړي خو دوی پر دې ډاډمنېدی شي چې زه د کیفیت پاملرنې ترلاسه کوم او تاسو کولی شئ لومړی زما د وړ طبي بیلونو تادیه وکړئ.

زه You First ته اجازه ورکوم چې د سینې او رحم د سرطان د معاینو، د زړه د ناروغۍ د خطر فکتور د معاینې او د تشخیص او درملنې پاملرنې په اړه شخصي روغتیايي معلومات زما له ډاکټر، نرس، روغتون، کلینیکونو او د روغتیايي پاملرنې له هغو چمتو کوونکو سره شریک کړي چې زما په ټسټونو او درملنې کې ښکیل دي.

You First د ناروغیو کنټرول او مخنیوي مرکز (CDC) (Disease Control and Prevention) لخوا تمویلېږي چې له You First څخه د دغه تمویل د کارولو د څرنګوالي په هکله معلومات راټولوي. زه You First ته اجازه ورکوم چې زما پیژندل شوي معلومات له CDC سره شریک کړي. "نا پیژندل شوي" په دې معنا چې مور به ستاسو محرمیت د معلوماتو په پټولو یا لرې کولو سره خوندي کړو چې خلکو ته ووايي چې تاسو څوک یاست.

زه پوهیږم چې کله د Vermont روغتیايي څانګه په You First پروگرام کې شامل شوم، نو پروگرام ته اجازه ورکوم چې پر شرایطو زما د برابروالي په اړه معلومات د Vermont د بشري خدمتونو ادارې (AHS) (Agency of Human Services) له پروگرامونو سره د خدمتونو د همغږي کولو لپاره شریک کړم.

زما شخصي روغتیايي معلومات به د AHS د محرمیت طرزالعملونو او ټولو نافذه قوانینو سره سم خوندي وساتل شي. ما د AHS د محرمیت طرزالعملونو خبرتیا یوه کاپي ترلاسه کړې.

زه پوهیږم چې حق لرم چېله You First پروگرام څخه د وتلو حق لرم. که زه نور نه غواړم په پروگرام کې شامل واوسم، نو You First ته به یو لیک واستوم یا ورته زنگ ووهم چې په دې ترتیب به وایستل شم. په مهرباني سره لیک دغه پټي ته واستوئ: Vermont Department of Health, P.O. Box 70, Drawer 38, Burlington, VT 05402-0070 یا په دغه 800-508-2222 شمېره د خدمتونو له همغږي کوونکي سره اړیکه ونیسئ.

لاسلیک: _____ نېټه: _____

په مهرباني سره د بشري خدمتونو د ادارې (Agency of Human Services) د محرمیت طرزالعملونو ضمیمه شوې خبرتیا لاسلیک او وسپارئ.

برېښنایي لاسلیکونه نه منل کېږي. مهرباني وکړئ په 1-800-508-2222 کې د هرې پوښتنې لپاره له You First پروگرام سره اړیکه ونیسئ.

د ترجمانی وړیا خدمتونه د لاسرسي وړ دي

که چېرته تاسو د دې خبرتیا د لوستلو او پرې پوهېدلو لپاره ترجمان یا کوم بل څه ته اړتیا لرئ، نو په مهرباني سره موږ ته وواياست.

Cette lettre est importante. Si vous ne la comprenez pas, apportez-la a votre bureau local pour recevoir de l'aide.

Esta carta es importante. Si no la entiende, llevala a su oficina local para solicitar ayuda.

Ovaj dopis je važan. Ukoliko je nerazumljiv za vas onda ga ponesite I obratite se lokalnoj kancelariji za pomoć.

Barua hii ni muhimu. Kama huielewi, ichukue, uende nayo katika ofisi yako ya karibu kwa msaada zaidi.

Dokumentigan ama qoraalkan waa muhiim. Haddii aadan fahmin, waxaad u qaadaa xafiiskaaga degaanka si aad caawimaad u hesho.

;ks nLrkost egUoiw.kZ NA ;fn rikÅays ;lykÅ cq+uqHk,u Hkus] eírdks ykfx ;lykÅ vk¶uks LFKkuh; dk;kZy;ek fy,j tkuqqksl~A

Tpm&Gufpmwef;onf ta&;=uD;ygof? oifem;rvnfv#fif/ oif.e,fajr&Hk;cef;odk@tulnD&&ef ,laqmifoGm;yg?

دغه خبرتیا څرگندوي چې روغتيايي معلومات او نور د شخصي هويت څرگندوونکي معلومات به څه ډول وکارول شي او خپاره شي او تاسو څه ډول کولای شئ دغه معلوماتو ته لاسرسي ولرئ. مهرباني وکړئ په دقت سره يې وگورئ.

“مور” د بشري خدمتونو اداره (AHS) يو. په AHS کې د ماشومانو او کورنيو ډيپارټمنټ؛ د معلوماتو ډيپارټمنټ؛ د لور عمر لرونکو او خپلواک ژوند؛ د روغتيا ډيپارټمنټ؛ د رواني روغتيا ډيپارټمنټ؛ د اصلاحاتو ډيپارټمنټ؛ او د وپرمونې روغتيا ته د لاسرسي ډيپارټمنټ شاملېږي.

د روغتيايي معلوماتو د محرمیت اقدامات:
پاڼې 1-3
د شخصي هويت څرگندوونکو معلوماتو په اړه عمومي اقدامات:
پاڼه 4

زموږ په قرارداديانو او تضمینونو کې په ټول وپرمونې کې د خدمتونو عرضه کونکي شامل دي، لکه د والدينو - ماشومانو مرکزونه، د لويانو د روغې مرکزونه او ټولني د رواني روغتيا مرکزونه.

کله چې مور تاسو ته روغتيايي او ټولنيز خدمتونه وړاندې کوي، مور به ستاسو په اړه د شخصي هويت څرگندوونکي معلومات (د پېژندنې معلومات) او ځيني وخت روغتيايي معلومات ترلاسه کړي. د فدرال او ايالتي قوانينو او د روغتيايي بيمې د 1996 کال د لېږد او د ځواب ويلو وړ قانون له مخې چې د HIPAA (“د محرمیت اصول”) په نامه هم يادېږي، مور اړ يو چې دغه معلومات خوندي وساتو.

دغه خبرتیا تاسو ته وايي چې مور ستاسو د شخصي هويت څرگندوونکي او/يا روغتيايي معلومات څه ډول کاروي يا يې شريکوي او کله به مور دا کار ونکړي. دا تاسو ته ستاسو د حقونو په اړه معلومات درکوي. د قانون له مخې مور بايد دغه خبرتیا تاسو ته درکړي. د قانون له مخې مور اړ يو چې د خبرتیا هغه اصول تعقيب کړي چې د اوس لپاره پلي کېږي.

د محرمیت د اقداماتو اړوند:

روغتيايي معلومات

1. AHS زما په اړه څه ډول روغتيايي معلومات لري؟

تاسو چې کله زموږ خدمتونو ته نومليکنه کوئ يا يې ترلاسه کوئ، نو بنيادي تاسو او نور ستاسو د روغتيا او روغتيايي پاملرنې په اړه له مور سره معلومات شريک کړي. په دې کې بنيادي ستاسو د تشخيص، معلوليت يا درملني په اړه معلومات شامل وي. په دې کې بنيادي همدارنگه مالي او د بلونو معلومات شامل وي.

2. AHS کوم روغتيايي معلومات کاروي او شريکوي؟

مور يوازي هغه روغتيايي معلومات کاروي او شريکوي يې چې زموږ کارکوونکي او قرارداديان د خپلو دندو په ترسره کولو کې ورته اړتيا لري.

3. AHS زما روغتيايي معلومات کله کاروي او شريکوي؟

- مور به ستاسو روغتيايي معلومات د درملني، تاديبي يا د روغتيايي پاملرنې د عملياتو لپاره وکاروي چې په هغې کې د خدمتونو پلان کول او د AHS اداره کول شاملېږي.
- د بېلگې په توگه مور بنيادي ستاسو معلومات د لاندې دلايلو لپاره وکاروي:
- د دې لپاره چې د خدمتونو او گټو لپاره ستاسو وړتيا تعين کړي
- د دې لپاره چې د خدمت يا درملني لپاره انفرادي پلانونه جوړ کړي.
- د بېلگې په توگه مور به ستاسو د درملني لپاره د پلان جوړولو په موخه ستاسو معلومات د نرسانو، ډاکټرانو او د روغتيا پالني له نورو هغو کارکوونکو سره شريک کړي چې ستاسو درملنه کوي.
- د دې لپاره چې تاسو ته د ليدنو په اړه خبر درکړي.
- د دې لپاره چې د خدمت د هغو نورو ملاتړونو يا درملنو په اړه تاسو ته معلومات درکړي چې ستاسو او يا ستاسو د کورنيو لپاره گټور دي.

- له هغو بنسټونو سره چې د غړيو د ورکولو او نښلولو چارې ترسره کوي.
- د يوې محکمې يا ادارې حکم، حضارې، د کشف د غوښتنې يا بلې پروسې په ځواب کې.
- عوامو ته د قانون له غوښتنې سره سم.
- د هغه جرم په اړه د راپور ورکولو لپاره چې زموږ په ځای کې او يا زموږ د کارکوونکو پر وړاندې ترسره شوی وي.
- اړوندو چارواکو ته د ناوړه گټې اخيستنې، غفلت، يا کورني تاوريځوالي په اړه راپور رکول.
- پر فعاليتونو له يوې ناظرې ادارې سره چې د قانون له مخې ورته اجازه وي لکه پلټنې او څېړنې.
- د متحده ايالاتو د روغتيا او بشري سرچينو وزارت ته بيا کتنې د سمون او د شکايت د څېړلو لپاره، مگر دا چې تاسو د کډوالۍ د روغتيايي بيمې د پلان يو داسې متقاضي يا نوم لیکونکی ياست چې معلومات مو د (c) 2092 § VSA 33 له مخې له خپرېدا څخه خوندي دي.
- د يوه شخص يا ټولو خلکو روغتيا يا خونديتوب ته له جدي گواښ څخه د مخنيوي لپاره، يا د قانون له پلي کوونکي افسر سره د قانون د پلي کولو په موخه.
- د دې لپاره چې ځانگړي دولتي فعاليتونه ترسره شي، لکه د عامه چارواکو د ساتنې لپاره، د ملي امنيت لپاره، د پوځي چارو لپاره، او د ځانگړو موخو لپاره له اصلاحي ادارو سره.
- له روغتيايي ناظرو ادارو سره د هغو فعاليتونو لپاره چې د قانون له مخې ور ته اجازه وي.
- له بلې ادارې سره چې داسې دولتي پروگرام مديریت کوي چې عامه گټې عرضه کوي، پر شرايطو برابروالي يا د نولمیکني معلوماتو ته په کتو سره، او د دې لپاره چې اړوند دولتي پروگرامونه په سمه توگه همغږي، اداره او مديریت کړي.

له هغو دلایلو پرته چې په دې خبرتیا کې بیان شول، یا د دې برعکس د قانون له مخې ور ته اجازه ورکړل شوې وي، له دې پرته به مور ستاسو روغتيايي معلومات ستاسو له ليکلي اجازې څخه پرته و نه کاروو او نه به يې شریک کړو.

5. که چېرته کوم بل څوک زما روغتيايي معلوماتو ته اړتيا ولري، نو څه به وشي؟

ښايي تاسو غوښتنه وکړئ چې مور ستاسو معلومات نورو ته ورکړو، يا مور د دې کار لپاره له تاسو څخه اجازه وغواړو. مخکې له دې چې مور ستاسو معلومات شریک کړو، له تاسو څخه به غوښتنه وکړو چې د اجازې يو ليکلی فورم لاسلیک کړئ. د اجازې فورم مور ته وايي چې کوم معلومات شریک کړو، د معلوماتو د شریکولو موخې او د هغه شخص يا اشخاصو هويت را ته څرگندوي چې معلومات ورسره شریکېږي. تاسو کولای شئ هر وخت خپله اجازه لغوه کړئ.

- د دې لپاره چې ستاسو د خدمتونو لپاره اداينه ترسره شي. د بېلگې په توگه، ستاسو ډاکټر ښايي مور ته ستاسو روغتيايي معلومات را واستوي ترڅو مور وکولای شو چې د هغې لپاره تادیه ترسره کړو.
- مور به همدارنگه ستاسو روغتيايي معلومات له قرار داديانو سره شریک کړو ترڅو هغوی زموږ له لوري ستاسو ډاکټرانو ته تادیه ترسره کړي.
- د دې لپاره چې مور خپل عمليات ترسره کړو او خپل پروگرامونه مديریت کړو. د بېلگې په توگه مور به ستاسو معلومات د دې لپاره وکاروو او شریک کړو ترڅو ډاډ ترلاسه کړو چې ستاسو پاملرونکي تاسو ته د لوړ کیفیت خدمتونه وړاندې کوي او ژر تر ژره او په سمه توگه ورته تاديات ترسره کېږي. مور به ستاسو معلومات د دې لپاره وکاروو او شریک کړو ترڅو ډاډ ترلاسه کړو چې تاسو سم خدمتونه ترلاسه کوئ او د هغو خدمتونو کیفیت ښه کړو چې تاسو يې ترلاسه کوئ.

4. آیا نور داسې وختونه شته چې AHS زما له اجازې پرته زما روغتيايي معلومات پکې کاروي او شریکوي؟

محدود وختونه دي چې مور په هغې کې ستاسو معلومات ستاسو له اجازې پرته کاروو او شریکوو. ځينې وخت قانون مور ته اجازه راکوي يا مور مکلفوي چې دا کار ترسره کړو.

مور ښايي ستاسو معلومات د لاندې شخصي دلایلو له مخې پرته ستاسو له اجازې شریک کړو:

- د کورنۍ له غړي يا هغه شخص سره چې تاسو يې ټاکئ، ستاسو په قضيه کې يا ستاسو د پاملرنې په تادیه کې د هغوی له ښکېلتيا سره اړوند.
- د دې لپاره چې ستاسو د موقعیت، حالت يا مړینې په اړه ستاسو د کورنۍ غړي يا هغه شخص ته خبر ورکړو چې ستاسو د پاملرنې مسوول دی.
- د جنازې يوه ډايرکټر يا طبي آزمېښت کوونکي ته کله چې هغوی د يوه شخص د مړینې پر مهال د خپلو دندو د ترسره کولو لپاره ور ته اړتيا لري.
- د کارکوونکي د خسارې د جبران يا نورو ورته پروگرامونو لپاره.

مور ښايي ستاسو معلومات د لاندې ځانگړو دلایلو له مخې پرته ستاسو له اجازې شریک کړو:

- د عامې روغتيا د فعاليتونو لپاره چې له مخې يې د ناروغيو د خپرېدو مخنیوی او کنټرول ترسره کېږي، د محصولاتو له را یادولو سره مرسته کوي، د درملو د جانبي عوارضو، ټپي کېدو يا معلولیت په اړه راپور ورکوي او د زېږون او مړینې په څېر حیاتي سوابقو د ساتلو لپاره.
- د څېړنې په موخه، چې په شدیدو حقوقي محدودیتونو پورې مشروط وي.

10. آیا کولای شم غوښتنه وکړم چې AHS له ما سره په یوه محرمة طریقه اړیکې ونیسي؟

تاسو کولای شئ غوښتنه وکړئ چې مور له تاسو سره په یوه منطقي بدیله طریقه یا کوم بدیل موقعیت کې خبرې اترې وکړو. ستاسو غوښتنه باید په لیکلې بڼه وي او مور ته ووايي چې مور باید له تاسو سره څه ډول اړیکه ټینګه کړو. مور به هڅه وکړو چې ستاسو غوښتنې ته درناوی وکړو.

که چېرته تاسو مور ته ووايي چې تاسو د اړیکو ټینګولو یوې بدیلې لارې ته اړتیا لرئ تر څو د معلوماتو له خپرېدو څخه مخنیوی وشي چې دا کار به تاسو له خطر سره مخ کړي، نو مور به ستاسو غوښتنې ته درناوی وکړو.

11. آیا کولای شم د هغو وختونو د لېست غوښتنه وکړم چې کله AHS زما روغتیايي معلومات له نورو سره شریک کړي دي؟

تاسو کولای شئ د خپل درخواست له نېټې څخه شپږ کاله وړاندې له مور څخه یو حساب و غواړئ چې ستاسو روغتیايي معلومات مو له چا سره شریک کړي او ولې مو شریک کړي دي. تاسو باید خپله غوښتنه د محرمیت مسئول ته په لیکلې بڼه وړاندې کړئ. د قانون له مخې مور مکلف نه یو چې ټول هغه حالات ذکر کړو چې مور پکې معلومات شریک کړي دي. د بېلګې په توګه مور اړ نه یو چې هغه وختونه ذکر کړو چې ستاسو معلومات مو د AHS درملنې، تادیاتو یا د روغتیايي پاملرنې د عملیاتو لپاره شریک کړي دي یا مو ستاسو معلومات د هغه مجوز له مخې شریک کړي دي چې تاسو لاسلیک کړی دی.

12. که چېرته زما د روغتیايي معلوماتو له محرمیت یا خونديتوب څخه سرغړونه وشي، نو ایا ما ته به وویل شي؟

که چېرته ستاسو له روغتیايي معلوماتو څخه سرغړونه وشي، نو تاسو ته به په لیکلې بڼه خبر درکړو. سرغړونه هغه وخت کېږي چې کله یو څوک خوندي شوي معلومات له اجازې پرته په داسې بڼه وګوري، ويې کاروي یا یې له بل چا سره شریک کړي چې د روغتیايي معلوماتو محرمیت له خطر سره مخ کوي. AHS د خطر د ارزونې هغه فکتورونه کاروي چې د محرمیت په قانون کې ذکر شوي دي تر څو معلومه کړي چې ایا معلومات له خطر سره مخ شوي دي ګڼه.

13. AHS له کومو قوانینو څخه پیروي کوي چې زما د روغتیايي معلوماتو پر محرمیت پلي کېږي؟

مور د 1996 کال د روغتیايي بیمې د لېږد او حساب ورکولو وړ قانون چې د HIPAA په نوم هم یادېږي تعقیبوي. مور همداراز له هغه فدرالي یا ایالتی قوانینو څخه پیروي کوي چې د پلي کېدو په صورت کې تاسو ته له HIPAA څخه ډېر محرمیت درکوي. د بېلګې په توګه، مور له موادو څخه د ناوړ ګټې اخیستنې د درملنې

6. کولای شم یو څوک وټاکم چې زما په استازولۍ کار ترسره کړي؟

که چېرته تاسو کوم چا ته طبي وکالت لیک ورکړی وي، یا کوم څوک ستاسو حقوقي سرپرست وي، نوموړی شخص کولای شي ستاسو د حقونو تمثیل وکړي او ستاسو د معلوماتو په اړه انتخابونه وکړي. مور به د اقدام کولو څخه مخکې ډاډ حاصل کړو چې شخص دغه صلاحیت لري او کولای شي ستاسو په استازولۍ اقدام وکړي.

7. آیا زه کولای شم خپل روغتیايي معلومات وګورم؟

په ډېری مواردو کې تاسو کولای شئ خپل روغتیايي معلومات وګورئ. تاسو کولای شئ په لیکلې بڼه د محرمیت له مسئول څخه غوښتنه وکړئ چې معلومات مو وګورئ یا یې یوه کاپي ترلاسه کړئ (د اړیکې معلومات په 30 مخ کې وګورئ). مور به ستاسو له غوښتنې څخه وروسته معمولاً د 30 ورځو په موده کې ستاسو د روغتیا او ادعاوو د سوابقو د خلاصې یوه کاپي تاسو ته درکړو. تاسو همدارنګه کولای شئ د هغو معلوماتو الکترونيکي کاپي ګانې هم و غواړئ چې مور یې په الکترونيکي بڼه ساتو. د مصنویت او نور قانوني دلايل ښايي هغه معلومات محدود کړي چې تاسو یې ګورئ. مور به د کاپي کولو لپاره یو منطقي لګښت له تاسو وګرځوي.

8. آیا زه کولای شم خپل روغتیايي معلومات بدل کړم؟

که چېرته تاسو فکر کوئ چې ستاسو په سوابقو کې ځینې معلومات ناسم دي، نو کولای شئ په لیکلې بڼه غوښتنه وکړئ تر څو مور دا معلومات سم کړو یا نوي معلومات اضافه کړو. تاسو کولای شئ له مور څخه غوښتنه وکړئ تر څو نوي معلومات هغو نورو خلکو ته واستوو چې له مور څخه یې ستاسو روغتیايي معلومات ترلاسه کړي وو.

که چېرته معلومات زموږ په نظر له وړاندې سم او بشپړ وي یا نور دلايل وي، نو مور به په معلوماتو کې بدلون او اضافه والی را نه وړلو. که چېرته مور ستاسو د معلوماتو له بدلولو سره موافقه ونکړو، مور به تاسو ته د 60 ورځو په موده کې په لیکلې بڼه ووايو چې ولې مور له دې کار سره موافق نه یو. مور به همدارنګه ستاسو په سوابقو کې یادښت کړو چې تاسو له مور څخه د خپلو معلوماتو د بدلون غوښتنه کړې ده او مور له دې بدلون سره موافقه نه ده کړې.

9. ایا کولای شم له AHS څخه غوښتنه وکړم چې زما د روغتیايي معلوماتو کارول او شریکول محدود کړي؟

تاسو کولای شئ غوښتنه وکړئ چې مور څه ډول ستاسو روغتیايي معلومات کاروو او شریکوو. ستاسو غوښتنه باید په لیکلې بڼه وي او مور ته ووايست چې تاسو کوم محدودیتونه غواړئ. مور به ستاسو پر غوښتنه غور وکړو، مګر اړ نه یو چې توافق ورسره وکړو.

د بشري خدماتو اېجنسي
د محرمیت د اقداماتو خبرتیا
دغه خبرتیا د 2022 کال د می له 15 نېټې څخه د پلي کېدو وړ ده

د برېښنالیک له لارې له لاندې مراجعو سره اړیکه ټینګه کړئ: AHS.PrivacyAndSecurity@vermont.gov یا د برېښنالیک له لارې له لاندې مراجعو سره اړیکه ټینګه کړئ:

د AHS د محرمیت مسئول
c/o د بشري خدماتو اېجنسي
د سکرتر دفتر

280 State Drive – Center Building
Waterbury VT 05671-1000

17. که چېرته زه پر دې باور شم چې زما د محرمیت له حق څخه سرغړونه شوې ده، نو څه ډول باید خپل شکایت ثبت کړم؟

تاسو کولای شئ په لیکلې بڼه یا د تلفون له لارې زموږ د محرمیت مسئول ته شکایت وکړئ. تاسو کولای شئ خپل شکایت د مدني حقونو له دفتر،

DHHS, JFK Federal Building Room 1875, Boston, MA 02203

سره د 1-800-537-7697 شمېرې یا لاندې وېب پاڼې ته د مراجعي له لارې ثبت کړئ:

<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

د پروګرام په اړه د فدرال د محرمیت قانون CFR 42 د 2 برخې او د رواني روغتیا د سوابقو په اړه د ایالتی له محرمیت قوانینو 7103 VSA § 18 او 2092(c) VSA § 33 څخه پیروي کوو.

14. کولای شم د دې خبرتیا یوه کاپي ولرم؟

هو، تاسو حق لرئ چې د دې خبرتیا یوه کاپي درکړل شي. تاسو هر کله کولای شئ چې له مور څخه د دې سند یوه کاپي وغواړئ. یوه الکترونیکي بڼه یې زموږ پر وېب سایټ موجوده ده،

www.humanservices.vermont.gov

15. ایا AHS کولای شي خپل د محرمیت اقدامات بدل کړي؟

موږ حق لرو چې په دې خبرتیا کې خپل د محرمیت اقدامات بدل کړو. زموږ په اقداماتو کې بدلونونه به ستاسو پر هغو معلوماتو هم پلي شي چې له مور سره له مخکې نه موجود دي او په راتلونکي کې یې ترلاسه کوو. موږ به د نوي خبرتیا یوه کاپي پر خپله وېب پاڼه باندې خپره کړو، www.humanservices.vermont.gov او د برېښنالیک له لارې به یې تاسو ته در واستوو.

16. که چېرته زه د دې خبرتیا په اړه پوښتنې ولرم، نو له چا سره اړیکه ټینګه کړم؟

مهرباني وکړئ د محرمیت له مسئول سره د 802-241-0225 شمېرې یا د لاندې برېښنالیک له لارې اړیکه ټینګه کړئ:

د بشري خدماتو اېجنسي
د محرمیت د اقداماتو خبرتیا
دغه خبرتیا د 2022 کال د می له 15 نېټې څخه د پلي کېدو وړ ده

د محرمیت د اقداماتو اړوند:

په انفرادي ډول د تشخیص وړ معلومات

د روغتیايي معلوماتو د محرمیت پر اقداماتو سربېره، AHS د هغو معلوماتو د محرمیت په اړه طرزالعملونه لري چې د هغو افرادو شخصي هويت ترې څرگندېږي چې مور امتیازات او خدمتونه ورته وړاندې کوي.

د فردي هويت څرگندوونکي معلومات کوم دي؟

دغه معلومات د AHS یا د دې د قرارداديانو یا اعطا کونکو له لوري را منځته شوي یا ترلاسه شوي دي او د هغه شخص هويت څرگندوي یا ښايي په منطقي توګه يې هويت څرګند کړي چې له AHS څخه خدمتونه او امتیازات ترلاسه کوي. د هويت څرګندوونکو معلوماتو بېلګې په لاندې ډول دي:

- نوم
- د ټولنيز امنيت شمېره
- د زېږون نېټه
- پته
- د تلفون شمېره

AHS زما د شخصي هويت څرګندوونکي معلومات څه وخت زما له اجازې پرته شريکوي يا يې افشا کوي؟

مور ښايي ستاسو د شخصي هويت څرګندوونکي معلومات ستاسو له اجازې پرته زموږ د پروګرام د اداره کولو لپاره وکاروو. د پروګرام اداره کول د هغو فعاليتونو په معنا دي چې د AHS د عملياتو په لار اچولو لپاره اړين دي او له لاندې مواردو څخه تشکیل شوي دي:

- د هغو خدمتونو او مرستې لپاره پر شرايطو د برابروالي او دامنې را منځته کول چې تاسو ورته نوم ليکنه کړئ ده، په AHS کې دننه او د دې له قرارداديانو او اعطا کونکو سره د دې خدمتونو د پېژندلو او همغږي کولو په ګډون.
- د افرادو او کورنيو لپاره د خدمتونو او مرستې پلانونو، چمتو کول، ترتيبول، حمايت کول او د هغې لپاره تاديې ترسره کول.
- د امتیازاتو همغږي کول.
- د درغلي او ناسمي ګټې اخيستنې موندل.
- د کيفيت د کنټرول او د بهبود په فعاليتونو کې ښکېل کېدل.
- د بېرني وضعیت ځواب او د کرکېچ مرسته.
- د فدرال او ايالتي قانوني، راپور ورکولو او د تمويل له اړتياوو سره سم له AHS پرته د متحده ايالاتو له حکومت سره د کډوالۍ د روغتیايي بيمې پلان د غوښتونکو يا نوم ليکونکو په اړه د معلوماتو شريکول منع دي.

د شخصي هويت د څرګندوونکو معلومات له شريکولو او خپرولو څخه مخکې AHS کله زما اجازې ته اړتيا لري؟

مور ستاسو د شخصي هويت د څرګندوونکو معلوماتو د شريکولو او خپرولو لپاره ستاسو ليکلي اجازې ته اړتيا لرو، تر څو:

- له هغو خدمتونو څخه پرته د نورو لپاره پر خپلې وړتيا غور وکړئ چې تاسو له وړاندې ورته نوم ليکنه کړې ده.
- له خپلو هغو چمتو کونکو سره خپل خدمتونه همغږي کړئ چې له مور سره هوکړه نلري او نه مرسته را کوي.
- له AHS څخه بهر له متخصصينو سره مشوره وکړئ تر څو د هغوی له تخصص څخه ګټه پورته کړئ.
- د خپلې خوښې وړ افرادو سره يې شريک کړئ.

که چېرته تاسو په پورته شرايطو کې اجازه ورنکړئ، نو مور به ونکړای شو په بشپړ کيفيت او کميت سره هغه خدمتونه تاسو ته چمتو کړو چې ښايي ستاسو لپاره د لاسرسي وړ دي.

تصديق*

*د درملني مستقيم چمتو کونکي بايد په ښه نيت سره هڅه وکړي تر څو د دې خبرتيا د ترلاسه کولو په اړه د افرادو ليکلي تصديق واخلي. که چېرته تصديق وانخېستل شي، نو چمتو کونکي بايد دا مستند کړي يا د تصديق د اخيستو لپاره خپلې کړې هڅې مستندي کړي او هغه دليل روښانه کړي چې ولې يې تصديق ترلاسه نکړای شو.

زه په دې توګه تصدیقوم چې ما د دې خبرتیا یوه کاپي ترلاسه کړې ده.

ليکل شوي نېټه:

(د فردي يا شخصي استازي لاسليک)

(د فردي يا شخصي استازي نوم)