



**Департамент охорони здоров'я і психічної гігієни м. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene)  
Повідомлення про політику конфіденційності**

Набуває чинності 24 квітня 2025 р.

**У цьому повідомленні описується, як може використовуватися та розкриватися медична інформація про вас, а також як ви можете отримати доступ до цієї інформації. Будь ласка, уважно ознайомтеся з ним.**

Якщо у вас виникнуть запитання, зверніться до директора клініки або менеджера з медичного обслуговування установи. Ви також можете зв'язатися з керівником служби захисту інформації Департаменту охорони здоров'я і психічної гігієни м. Нью-Йорка (Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка (NYC Health Department)) за номером 347-396-6007 або електронною поштою за адресою [privacyofficer@health.nyc.gov](mailto:privacyofficer@health.nyc.gov).

**Захищена медична інформація (Protected health information, PHI)** — це інформація про стан здоров'я людини, яка передається в усній, письмовій або електронній формі. Вона охоплює загальну інформацію (як-от ваш вік, адреса та адреса електронної пошти), а також інформацію про ваше фізичне або психічне здоров'я. PHI також охоплює інформацію про отримані вами медичні послуги та оплату цих послуг. Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка захищає конфіденційність PHI, дотримуючись усіх відповідних законів, правил та постанов.

Це повідомлення надсилається вам відповідно до Закону про мобільність та підзвітність медичного страхування 1996 року (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA). У цьому повідомленні описується, як Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати та розкривати (або передавати) вашу PHI, а також як вона захищається. У цьому повідомленні також описані ваші права та обов'язки Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка під час використання та передачі вашої PHI.

**Для кого призначене це повідомлення**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка вважається «гібридною організацією» відповідно до HIPAA, оскільки він надає як медичні послуги, так і послуги у сфері громадського здоров'я. Закон HIPAA поширюється на медичні послуги, але не на послуги у сфері громадського здоров'я.

Це повідомлення стосується медичних послуг, на які поширюється дія HIPAA. Обов'язки, зазначені в цьому повідомленні, поширюються на всіх працівників Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка, які використовують або передають вашу PHI.

## **Обов'язки Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка**

Згідно із законом, клініки Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка зобов'язані:

- Забезпечувати конфіденційність та безпеку вашої РНІ
- Інформувати вас про наші юридичні зобов'язання та політику конфіденційності під час використання та передачі вашої РНІ

## **Закони про конфіденційність**

Декілька законів про конфіденційність федерального рівня, рівня штату та місцевого рівня накладають додаткові обмеження на використання та передачу РНІ. Ці закони застосовуються до лікування наркотичної залежності, аналізів на ВІЛ/СНІД та його лікування, аналізів на інфекції, що передаються статевим шляхом, та їхнє лікування, лікування психічних захворювань, охорони репродуктивного здоров'я, абортів, гендерно-афірмативної допомоги та імміграції. Політика Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка та це повідомлення відповідають цим законам. За деякими винятками, ми передаватимемо лише мінімально необхідну інформацію.

## **Як Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати та передавати вашу РНІ**

### **У яких випадках Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка зобов'язаний передавати вашу РНІ**

Згідно із законом, Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка зобов'язаний надати вам вашу РНІ, за винятком випадків, коли медичний працівник вважає, що це може завдати шкоди вашому здоров'ю.

За запитом Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка також зобов'язаний надати вашу РНІ міністрові Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США в ході розслідувань щодо дотримання нами законів, які захищають вашу РНІ.

### **Лікування**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати або передавати вашу РНІ, зокрема рекомендації постачальників медичних послуг, для надання вам необхідного лікування або послуг. Ми можемо передавати вашу РНІ постачальникам медичних послуг, які беруть участь у вашому лікуванні.

### **Оплата**

Ваша РНІ використовуватиметься за необхідності для виставлення рахунків та отримання оплати за надані вам лікування та послуги. Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передати інформацію про ваше лікування вашому плану медичного страхування (зокрема Medicaid) або організації керованого медичного обслуговування для отримання схвалення на оплату.

### **Організаційні заходи у сфері охорони здоров'я**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати та передавати вашу РНІ для здійснення звичайної діяльності у сфері охорони здоров'я. Медичний персонал використовуватиме вашу РНІ для аналізу отриманої вами медичної допомоги

та результатів вашого лікування, щоб порівняти їх з іншими даними. Наприклад, ваша РНІ може бути проаналізована з метою навчання, управління ризиками або для покращення якості та ефективності медичної допомоги та послуг, які ми надаємо.

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка передаватиме вашу РНІ стороннім діловим партнерам, які надають установі послуги, наприклад, виставлення рахунків. Ділові партнери також зобов'язані захищати вашу РНІ.

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може видалити будь-яку персональну інформацію, щоб ваша РНІ могла використовуватися для вивчення медичної допомоги та послуг без розкриття вашої особистості.

### **Нагадування про прийом**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати та передавати вашу РНІ для надсилання нагадувань про прийом. У цих нагадуваннях не розкриватиметься причина вашого візиту до лікаря.

### **Вимоги федерального рівня, рівня штату та місцевого рівня**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка передаватиме вашу РНІ, якщо це вимагається законом, правилом або постановою федерального рівня, рівня штату або міського рівня.

### **Діяльність у сфері громадського здоров'я**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ будь-якій установі громадського здоров'я, яка має законне право отримувати РНІ з метою нагляду за громадським здоров'ям **або** для профілактики чи контролю захворювань, травм або інвалідності. Вона охоплює звіти про захворювання, народження та смерть.

### **Жорстоке поводження з дітьми**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ будь-якому державному органу, який має законне право отримувати повідомлення про жорстоке поводження з дітьми.

**Скерування на отримання медичної допомоги та послуг.** З вашої згоди, коли ми скеруємо вас до постачальника медичних послуг, ми розкриваємо вашу РНІ цьому постачальнику медичних послуг для надання вам медичної допомоги або послуг.

### **Нагляд у сфері охорони здоров'я**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ наглядовим органам у сфері охорони здоров'я для проведення законних заходів, (наприклад аудитів, розслідувань, інспекцій та видачі дозволів), спрямованих на контроль системи охорони здоров'я, програм соціального забезпечення, інших державних регуляторних програм, а також на забезпечення дотримання законів про громадянські права.

### **Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ будь-якій особі або компанії, від яких Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (Food and Drug Administration, FDA) вимагає:

- Повідомляти про дефекти, негативні реакції або проблеми, пов'язані з продуктом
- Повідомляти про зміни в біологічному продукті
- Відстежувати продукти
- Відкликати продукти
- Проводити ремонт або заміну
- Проводити післяреєстраційне спостереження

### **Судові провадження**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ у відповідь на дійсну судову або адміністративну постанову, якщо ви берете участь у судовому процесі або іншому судовому провадженні. Ми також можемо передати вашу РНІ у відповідь на дійсну повістку до суду, запит на розкриття інформації або інше судове провадження з боку іншого учасника процесу, лише в тому разі, якщо були зроблені спроби зв'язатися з вами щодо такого запиту або було отримано охоронний судовий наказ, що забороняє використання або розкриття вашої РНІ в будь-яких цілях, окрім судового провадження, і вимагає повернення або знищення вашої РНІ після закінчення судового провадження.

### **Правоохоронні органи**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати РНІ на запит працівників правоохоронних органів:

- У відповідь на будь-яку судову постанову, повістку до суду, ордер, виклик до суду або аналогічний процес
- Для встановлення особи або пошуку підозрюваного, втікача, свідка або зниклої безвісти особи
- Для отримання інформації про особу, яка стала жертвою злочину, якщо ми не можемо отримати згоду цієї особи
- Для отримання інформації про смерть, яка, на нашу думку, могла статися в результаті злочину
- Для отримання інформації про злочин, скоєний в одній з наших клінік
- В екстрених випадках, для повідомлення про злочин або отримання такої інформації:
  - Місце скоєння злочину або місце перебування потерпілих
  - Особа, яка скоїла злочин або де її можна знайти

### **Коронери, директори похоронних бюро та донорство органів**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати РНІ коронеру або судово-медичному експерту для встановлення особи померлої людини або з'ясування причин її смерті. Ми також можемо розкривати РНІ директорам похоронних бюро, щоб допомогти їм виконувати свою роботу відповідно до законодавства. РНІ також може використовуватися і передаватися для цілей донорства органів.

### **Дослідження**

Іноді Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати та передавати вашу РНІ для проведення досліджень. Дослідження має бути спочатку схвалено Інституційною наглядовою радою Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка та відповідати всім відповідним законам, правилам та постановам.

### **Доступ батьків**

У законах деяких штатів роз'яснюється, яку РНІ можна надавати батькам і законним опікунам. Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка дотримуватиметься всіх відповідних законів.

### **Компенсація працівникам**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ з метою дотримання законів про компенсацію працівникам або аналогічних програм, що передбачають виплати у зв'язку з виробничими травмами або професійними захворюваннями.

### **Злочинна діяльність**

Згідно з деякими законами федерального рівня і рівня штату Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може розкрити вашу РНІ, якщо ми вважатимемо, що її використання або розкриття допоможе запобігти або зменшити серйозну і безпосередню загрозу здоров'ю або безпеці населення або окремої людини. Ми також можемо розкрити вашу РНІ, якщо це необхідно для надання допомоги правоохоронним органам у встановленні або затриманні будь-якої особи.

### **Особи, які перебувають у місцях позбавлення волі**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати РНІ ув'язнених виправній установі або її персоналу, якщо це необхідно для забезпечення здоров'я та безпеки самих ув'язнених або інших осіб.

### **Військова діяльність та ветерани**

Якщо ви є військовослужбовцем, Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ відповідно до вимог військового командування. Ми також можемо передавати РНІ про іноземних військовослужбовців відповідним іноземним військовим органам.

### **Національна безпека та розвідка**

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може передавати вашу РНІ уповноваженим федеральним посадовим особам з метою розвідки, контррозвідки та інших заходів щодо забезпечення національної безпеки відповідно до законодавства. Ми також можемо передавати вашу РНІ федеральним чиновникам для проведення ними спеціальних розслідувань або забезпечення безпеки президента США, інших уповноважених осіб або керівників іноземних держав.

### **Особи, які беруть участь у вашому медичному обслуговуванні**

Якщо ви не заперечуєте, Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може використовувати або передавати вашу РНІ, щоб повідомити члена сім'ї чи особистого представника про ваше місце перебування та стан здоров'я. Якщо ви присутні, ви можете заборонити таке використання або передачу вашої РНІ. Якщо ви не можете прийняти рішення або виникла екстрена ситуація, ми можемо розкрити вашу РНІ, якщо вважатимемо, що це буде краще для вас.

## **Ваші права щодо вашої РНІ**

Незважаючи на те, що ваша медична картка є власністю Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка, інформація в ній належить вам. Нижче наведено ваші права щодо вашої РНІ. Ви можете подати будь-який з наведених нижче запитів, написавши листа директору клініки, менеджеру з медичного обслуговування або їх уповноваженому представнику.

**Право на ознайомлення та копіювання.** Ваша РНІ зберігається у «спеціально призначеному наборі документів» і може використовуватися для прийняття рішень щодо вашого медичного обслуговування. Спеціально призначений набір документів зазвичай охоплює медичні та платіжні документи. Ви маєте право переглядати та отримувати цю інформацію протягом усього терміну її зберігання в Департаменті охорони здоров'я м. Нью-Йорка. Це право не поширюється на:

- Записи психотерапевта
- Інформацію, зібрану для використання або потенційного використання в цивільному, кримінальному або адміністративному позові або провадженні
- РНІ, доступ до якої заборонений законодавством

У певних ситуаціях Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може відхилити ваш запит на перегляд та отримання вашої медичної інформації. Якщо вам відмовлено в доступі до вашої медичної інформації, ви можете зв'язатися з керівником служби захисту інформації за телефоном 347-396-6007 або електронною поштою [privacyofficer@health.nyc.gov](mailto:privacyofficer@health.nyc.gov), щоб подати клопотання про перегляд відмови.

**Право на запит про внесення змін.** Якщо ви вважаєте, що наявна у нас інформація про стан вашого здоров'я є неправильною або неповною, ви можете попросити нас виправити (змінити або доповнити) цю інформацію. Ви маєте право на запит про внесення змін протягом усього терміну зберігання вашої медичної інформації Департаментом охорони здоров'я м. Нью-Йорка. Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка може відхилити ваш запит, якщо він не поданий у письмовій формі або не містить вагомих підстав. Крім того, ми можемо відхилити ваш запит, якщо ви попросите нас внести зміни до інформації, яка:

- Не була створена Департаментом охорони здоров'я м. Нью-Йорка, за винятком випадків, коли особа або організація, які створили цю інформацію, не можуть внести зміни
- Не є частиною медичної інформації, що зберігається в Департаменті охорони здоров'я м. Нью-Йорка або для нього
- Не є частиною інформації, яку ви маєте право переглядати та отримувати
- Є точною і повною

**Право на отримання повідомлення про порушення.** Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка зобов'язаний негайно повідомити вас у разі порушення конфіденційності або безпеки вашої інформації.

**Право на звіт про розкриття інформації.** Звіт про розкриття інформації — це список осіб та організацій, яким ми передали вашу РНІ. Цей список не охоплює розкриття

інформації, що здійснюються з метою лікування, оплати або надання медичної допомоги, як описано в цьому повідомленні, а також деякі інші випадки розкриття інформації (наприклад, ті, про які ви нас просили). Ви маєте право на отримання звіту про розкриття РНІ за період до шести років до дати подання вашого запиту.

**Право вимагати обмеження.** Ви маєте право вимагати обмеження (або зменшення обсягу) використання чи передачі вашої РНІ з метою лікування, оплати чи надання медичних послуг. Ви також маєте право вимагати обмеження передачі вашої РНІ особі, яка бере участь у вашому медичному догляді або оплаті за нього. Ми не зобов'язані погоджуватись на ваш запит.

Якщо ви повністю оплачуєте послугу або медичний товар власним коштом, ви можете попросити нас не передавати цю інформацію вашій страховій компанії для оплати чи інших цілей, пов'язаних з охороною здоров'я. Ми виконаємо ваше прохання, якщо тільки закон не зобов'язує нас передати таку інформацію.

**Право вимагати конфіденційного зв'язку.** Ви можете попросити, щоб ми зв'язувалися з вами альтернативним способом або за альтернативною адресою для захисту вашої конфіденційності. Наприклад, ви можете попросити, щоб ми зв'язувалися з вами на роботі або надсилали листи поштою. Ви також можете попросити, щоб ми надсилали інформацію в заклеєному конверті, а не на листівці.

Якщо ви хочете, щоб ми зв'язувалися з вами конфіденційно, надішліть письмовий запит директору клініки або уповноваженій особі. У вашому запиті має бути зазначено, як ви хочете, щоб ми з вами зв'язувалися. Якщо ви отримуєте послуги в кількох клініках, вам потрібно подати окремий запит для кожної з них.

**Право призначити особу, яка діятиме від вашого імені.** Якщо ви надали комусь медичну довіреність (право приймати медичні рішення за вас, якщо ви не можете це зробити), або якщо хтось є вашим законним опікуном, ця особа може приймати рішення щодо вашої РНІ від вашого імені.

**Право на отримання копії цього повідомлення.** Ви можете в будь-який момент попросити нас надати паперову копію цього повідомлення. Зверніться до директора клініки, менеджера з медичного обслуговування установи, або керівника служби захисту інформації за телефоном 347-396-6007 або електронною поштою: [privacyofficer@health.nyc.gov](mailto:privacyofficer@health.nyc.gov).

### **Дозвіл на використання РНІ**

НІРАА вимагає від нас отримання вашої письмової згоди на використання або передачу вашої РНІ для:

- Маркетингових цілей
- Продажу вашої інформації (політика Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка **забороняє** продаж вашої РНІ)
- Більшості випадків розголошення записів психотерапевта

Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка попросить вас надати письмовий дозвіл на використання або передачу вашої РНІ з причин, не передбачених цим повідомленням або чинним законодавством. Якщо ви надасте нам такий дозвіл, ви можете відкликати його у письмовій формі в будь-який час. У разі відкликання Департамент охорони здоров'я м. Нью-Йорка більше не буде використовувати або передавати вашу РНІ з причин, зазначених у письмовому дозволі. Ми не можемо відкликати розголошену інформацію, яка вже була передана з вашого дозволу, і маємо зберігати її відповідно до вимог.

### **Зміни до цього повідомлення**

Ми можемо змінити нашу політику конфіденційності та це повідомлення. Ми також можемо зробити ці зміни до повідомлення чинними як для РНІ, яку ми вже маємо про вас, так і для інформації, яку можемо отримати в майбутньому.

Ми розмістимо копію чинного повідомлення у всіх наших клініках. Дата набуття чинності (тобто коли повідомлення почало діяти) буде вказана вгорі в центрі першої сторінки та внизу праворуч на останній сторінці повідомлення. Також копія оновленого повідомлення буде доступна вам щоразу, коли вносяться зміни. Ви також можете попросити нас надати копію нашого повідомлення або переглянути найактуальнішу версію за посиланням: [on.nyc.gov/privacy-practices](https://on.nyc.gov/privacy-practices).

### **Скарги**

Якщо ви вважаєте, що ваше право на конфіденційність було порушене, ви можете надіслати письмову скаргу керівнику служби захисту інформації Департаменту охорони здоров'я м. Нью-Йорка або міністрові Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США за наведеними нижче адресами. Жодних штрафів за подання скарги не передбачено:

- Надішліть скаргу електронною поштою на адресу: [privacyofficer@health.nyc.gov](mailto:privacyofficer@health.nyc.gov).
- Надішліть скаргу поштою на адресу:
  - Керівнику служби захисту інформації Департаменту охорони здоров'я і психічної гігієни м. Нью-Йорка, Gotham Center  
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30, Long Island City, NY 11101
- Подайте скаргу безпосередньо до Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США, Управління з громадянських прав (Office for Civil Rights, OCR):
  - [Подайте скаргу письмово — поштою, факсом, електронною поштою або через портал для скарг OCR.](#)



## Підтвердження отримання Повідомлення про політику конфіденційності

Підписуючи та датуючи цю форму, я підтверджую, що отримав(ла) копію Повідомлення про політику конфіденційності Департаменту охорони здоров'я і психічної гігієни м. Нью-Йорка.

Ім'я та прізвище пацієнта (друкованими літерами)	
Підпис пацієнта	Дата

Якщо ви є особистим представником і заповнюєте це від імені пацієнта, напишіть своє ім'я та прізвище друкованими літерами нижче.

Ім'я та прізвище особистого представника (друкованими літерами)	
Підпис особистого представника	Дата

<b>For Official Use Only</b>
<input type="checkbox"/> Patient refused to sign <input type="checkbox"/> Patient was unable to sign
NYC Health Department employee initials: _____ Date: _____