

PORADNIK DOTYCZĄCY WYPEŁNIANIA FORMULARZY PRZEDŁUŻENIA MEDICAID



Medical Assistance Program/OMR

POMOC W PRZEDŁUŻENIU MEDICAID / BEZPŁATNE USŁUGI TŁUMACZENIOWE

Niniejsza broszura zawiera pomocne wskazówki dotyczące wypełniania formularzy przedłużenia. Załączamy wersję w języku angielskim oraz tłumaczenie. Należy zwrócić **tylko** jedną z nich. Aby uzyskać pomoc w sprawie przedłużenia, należy skontaktować się z HRA Medicaid Helpline, dzwoniąc pod numer 1-888-692-6116, albo z jednym z planów opieki zarządzanej (Managed Care Plan) wymienionych na stronie 4 tej broszury. Klienci niedosłyszący mogą dzwonić pod numer 711 lub 1-718-636-7783, korzystając z telefonu tekstowego (TTY) (innego niż standardowy telefon).

Bezpłatne usługi tłumaczeniowe są dostępne przez telefon lub w dowolnym biurze Medicaid.

(Pozostała część strony celowo pozostawiona pusta)

ZMIANY DOTYCZĄCE PRZEDŁUŻENIA POCZTĄ

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących formularza przedłużenia nadal można kontaktować się z HRA Medicaid Helpline pod numerem 1-888-692-6116. W celu uzyskania pomocy można także skontaktować się z jednym z planów opieki zarządzanej wymienionych na stronie 4 załączonego poradnika wypełniania formularzy przedłużenia Medicaid.

To **jedyny wniosek o przedłużenie**, który zostanie do Pana/Pani wysłany automatycznie. Należy przechować go w bezpiecznym miejscu, aż będzie gotowy do odesłania. **Odpowiedź należy przesłać pocztą w terminie podanym na stronie 1 wniosku. W przeciwnym razie ubezpieczenie może się zakończyć.**

Nadal można uczestniczyć w spotkaniach kwalifikacyjnych dotyczących dodatkowych świadczeń na stronie Access NYC. Aby wyświetlić stronę, należy wpisać adres <http://www1.nyc.gov> i kliknąć pozycję Social Services (Usługi społeczne) w menu w dolnej części strony. Strona ta jest bezpieczna, pewna i prosta w obsłudze.

Uwaga:

- Tym razem nie ma konieczności przesyłania potwierdzenia amerykańskiego obywatelstwa. Nie ma także konieczności przesyłania potwierdzenia dochodu, jeśli formularz przedłużenia tego nie wymaga.
 - Opcjonalnie można przesłać jeden lub obydwie wyżej wymienione dokumenty w celu zagwarantowania posiadania przez nas najbardziej dokładnych informacji.
 - W razie nieprzesłania potwierdzenia możemy o to poprosić w późniejszym czasie. „Poradnik dot. dokumentacji” na stronach 5 i 6 niniejszej broszury zawiera akceptowane typy potwierdzeń.
- Jeśli wnioskodawca podaje się za obywatela USA, próbujemy to potwierdzić za pomocą dopasowania komputerowego. Jeśli będzie to niemożliwe, poinformujemy Pana/Panią o tym pisemnie i poprosimy o przesłanie potwierdzenia.
- Spróbujemy także potwierdzić Pana/Pani dochód za pomocą dopasowania komputerowego. Jeśli wyniki dopasowania będą odbiegać od informacji podanych we wniosku, do określenia uprawnień zostaną użyte wyniki dopasowania.
 - W razie nieprzesłania potwierdzenia możemy o to poprosić w późniejszym czasie. „Poradnik dot. dokumentacji” na stronach 5 i 6 niniejszej broszury zawiera akceptowane typy potwierdzeń.
- W przypadku niedawnej przeprowadzki z Nowego Jorku do innego okręgu w stanie Nowy Jork i nieotwarcia sprawy dotyczącej publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w obecnym miejscu zamieszkania należy wypełnić i zwrócić niniejszy formularz przedłużenia. Zapewnimy pomoc w procesie przeniesienia ubezpieczenia.

PLANY UCZESTNICZĄCE W OPIECE ZARZĄDZANEJ MEDICAID	NUMER TELEFONU:	OBECNY REGION USŁUG				
		Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH (wcześniej GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY- GHI/HIP)	800-447-8255	●	●	●	●	●
HEALTHFIRST PHSP, INC.	866-463-6743	●	●	●	●	●
HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY	800-950-7679	●	●	●	●	●
METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)	800-303-9626	●	●	●	●	●
NY STATE CATHOLIC HEALTH PLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (wcześniej AMERICHoice BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

ADRES, POD KTÓRYM MOŻNA DOKONAĆ PRZEDŁUŻENIA PROGRAMU MEDICAID	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116
---	---	--------------

PORADNIK DOT. DOKUMENTACJI WYMAGANEJ DO PRZEDŁUŻENIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Poniżej została podana lista potwierdzeń akceptowanych przez programy Medical Assistance. W celu ustalenia, które dokumenty należy przedstawić, aby przedłużyć ubezpieczenie zdrowotne, należy wykorzystać ten poradnik wraz z instrukcjami na okładce broszury powiadomienia o przedłużeniu.

DOCHÓD:

Wynagrodzenia i pensja / Zatrudnienie

- Aktualne odcinki czeków/wynagrodzenia lub dokumentacja dot. wynagrodzenia
- Szczegółowe pisemne oświadczenie od pracodawcy
- W-2 (tylko uczestnicy programu MBI-WPD)
- Aktualna deklaracja podatkowa (tylko uczestnicy programu MBI-WPD)

Samozatrudnienie

- Podpisane zeznanie podatkowe
- Dokumentacja przychodów i wydatków

Dochód uzyskany z pracy

- Jeśli pensja nie ulega zmianie -----→
- W przypadku zmiany wynagrodzenia -----→
- Jeśli dowolna część pensji/dochodu jest -----→
- Własna działalność -----→
- Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia -----→ dla osób bezrobotnych

Typ potwierdzenia

- Kopia ostatniego odcinka wynagrodzenia lub pismo od pracodawcy.
- Kopie odcinków wynagrodzenia za ostatnie 4 tygodnie lub pismo od pracodawcy.
- Odpowiedź „Tak” na pierwsze pytanie u dołu części **DOCHÓD** na stronie 2 broszury dot. przedłużenia
- Kopia ostatniego zeznania podatkowego i pismo (podpisane przez Pana/Panią) z podaniem obecnego dochodu. W przypadku zmiany dochodu podać przyczyny.
- Należy przesłać kopię pisma przyznającego ubezpieczenie na wypadek bezrobocia lub wydruk internetowy z Wydziału Pracy stanu Nowy Jork (NYS Department of Labor):
<https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

Zasiłki dla bezrobotnych

- Pismo/certyfikat przyznający świadczenia
- Zestawienie świadczeń lub wydruk
- Pismo z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork

Ubezpieczenie społeczne

- Pismo/certyfikat przyznające świadczenia
- Odcinek czeku ze świadczeniami
- Korespondencja od Wydziału Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration)

Wynagrodzenie wojskowe

- Pismo przyznające świadczenia
- Odcinek czeku

Alimenty

- Pismo od osoby płacącej alimenty lub pismo z sądu
- Odcinek czeku ze świadczeniem alimentacyjnym

Odszkodowania pracownicze

- Pismo przyznające świadczenia
- Odcinek czeku

Dochód z najmu lub zakwaterowania

- Pismo od osoby wynajmującej pokój, najemcy, dzierżawcy
- Odcinek czeku

Dochód w formie odsetek/dywidend/tantem

- Pismo z banku lub kasy kredytowej
- Pismo od brokera
- Pismo od przedstawiciela

Świadczenia dla kombatantów

- Pismo przyznające świadczenia
- Odcinek ze świadczeniami
- Pismo z Wydziału Weteranów (Veterans' Administration)

Prywatne emerytury/renty

- Zestawienie emerytury/renty

**PORADNIK DOT. DOKUMENTACJI WYMAGANEJ DO
PRZEDŁUŻENIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO cd.**

OBYWATELSTWO: (W tym momencie osoby deklarujące obywatelstwo USA nie muszą przysyłać potwierdzenia. Jeśli będzie potrzebna dokumentacja, otrzyma Pan/Pani pismo z prośbą o jej przesłanie).

- Paszport USA
- Certyfikat obywatelstwa USA
- Certyfikat nadania obywatelstwa
- Amerykański akt urodzenia **oraz jeden** z następujących dowodów **tożsamości**: (1) prawo jazdy ze zdjęciem lub inne informacje umożliwiające identyfikację, (2) legitymacja szkolna ze zdjęciem, (3) amerykańska legitymacja wojskowa lub dokument poboru, (4) dowód tożsamości wydany przez władze federalne, stanowe lub lokalne, zawierający te same informacje, co prawo jazdy.

STATUS IMIGRACYJNY: poniżej zostały wymienione dokumenty wydawane przez Urząd ds. Imigracyjnych i Obywatelstwa USA (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS).

- Karta stałego pobytu (zielona karta) I-551
- Karta zatwierdzenia zatrudnienia I-688B lub 1-766
- Dokumentacja przyjazdu/wyjazdu I-94
- I-797 (powiadomienie o podjęciu działania) lub inna oficjalna korespondencja do i od USCIS, ICE lub EIOR

OPIEKA NAD DZIECKIEM / OSOBĄ BĘDĄCĄ NA UTRZYMANIU: dokumenty muszą zawierać płaconą kwotę i częstotliwość opłacania.

- Pismo z placówki opieki dziennej lub od innego usługodawcy świadczącego opiekę nad dzieckiem / osobą dorosłą
- Anulowane czeki lub rachunki potwierdzające Pana/Pani płatności za opiekę

CIAŻA:

- Oświadczenie od lekarza lub specjalisty z oczekiwaną datą porodu

PRYWATNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE: dokumenty muszą zawierać płaconą kwotę.

- Polisa ubezpieczeniowa
- Certyfikat ubezpieczenia
- Karta ubezpieczenia
- Inne potwierdzenie prywatnego ubezpieczenia

**AKCEPTUJEMY KSEROKOPIE WSZYSTKICH DOKUMENTÓW, INNYCH NIŻ WYMAGANE
W CELU POTWIERDZENIA OBYWATELSTWA LUB TOŻSAMOŚCI**

WARUNKI, PRAWA I OBOWIĄZKI

Poprzez wypełnienie i podpisanie niniejszego formularza ubiegam się o przedłużenie ubezpieczenia Medicaid i/lub programu Family Planning Benefit.

Rozumiem, że muszę podać wymagane informacje, aby potwierdzić swoje uprawnienia do świadczeń w ramach każdego programu. Zgadzam się niezwłocznie zgłaszać wszelkie zmiany dotyczące informacji zawartych w tym formularzu. Jeśli nie będę w stanie uzyskać informacji, poinformuję okręg usług społecznych. Okręg usług społecznych może pomóc w uzyskaniu informacji.

Rozumiem, że pracownicy z programów odnawianych przez członków rodziny lub przeze mnie mogą sprawdzić informacje podane przeze mnie w tym formularzu. Instytucje prowadzące te programy zapewnią poufność tych informacji zgodnie z 42 U.S.C. 1396a (a) (7) i 42 CFR 431.300-431.307 oraz wszelkimi ustawami i przepisami federalnymi i stanowymi.

Rozumiem, że ubezpieczenie Medicaid i/lub program Family Planning Benefit nie pokrywają wydatków medycznych, które powinny zostać pokryte przez firmę ubezpieczeniową lub inną osobę, i że przekazuję tej instytucji wszystkie moje prawa do dochodzenia praw i otrzymywania pomocy medycznej od współmałżonka lub rodziców osób poniżej 21. roku życia, a także moje prawo do dochodzenia praw i otrzymywania płatności od stron trzecich przez cały okres otrzymywania świadczeń.

Będę składać wszelkie roszczenia dotyczące świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego albo jakichkolwiek innych środków, do których jestem uprawniony(-a). Rozumiem, że z uzasadnionych powodów mam prawo odmówić współpracy w skorzystaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli mogłoby to zaszkodzić mojemu zdrowiu lub bezpieczeństwu albo zdrowiu i bezpieczeństwu osoby, za którą ponoszę odpowiedzialność prawną.

Rozumiem, że na moje uprawnienia do tych programów nie wpływa moja rasa, kolor skóry ani pochodzenie. Rozumiem również, że w zależności od wymagań indywidualnych programów mój wiek, niepełnosprawność czy status obywatelski mogą być czynnikami mającym wpływ na przyznanie mi uprawnień.

Rozumiem, że jeśli moje dziecko korzysta z Medicaid, może uzyskać kompleksową opiekę podstawową i profilaktyczną, w tym wszelkie niezbędne leczenie w ramach programu Child/Teen Health.

Rozumiem, że każdy, kto świadomie kłamie lub ukrywa prawdę, aby otrzymać świadczenia w ramach tych programów, popełnia przestępstwo i podlega karom federalnym i stanowym i może być zmuszony do zwrotu sumy otrzymanych świadczeń i zapłacenia kar przewidzianych prawem cywilnym. Wydział Podatków i Finansów (Department of Tax and Finance) stanu Nowy Jork ma prawo do weryfikacji informacji o dochodach podanych w tym formularzu.

POTWIERDZENIE STATUSU OBYWATELA/IMIGRANTA Oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, podpisując ten formularz, że ja i/lub jakakolwiek osoba, w której imieniu składam podpis, jest obywatelem Stanów Zjednoczonych lub ma satysfakcjonujący status imigracyjny. Termin „satysfakcjonujący status imigracyjny” oznacza status imigracyjny, który nie czyni danej osoby nieuprawnioną do otrzymywania świadczeń. **WAŻNE INFORMACJE:** Urząd ds. Imigracyjnych i Obywatelstwa USA oświadczył, że udział w programie Medicaid NIE MOŻE wpływać na zdolność osób do uzyskania zielonej karty, uzyskania obywatelstwa, występowania w charakterze sponsora dla członka rodziny lub podróżowania w kraju i poza nim (chyba że program Medicaid płaci za opiekę długoterminową w takim miejscu, jak dom opieki lub szpital psychiatryczny). **Władze stanowe nie prześlą żadnych informacji podanych w tym wniosku do USCIS.**

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO Wszyscy wnioskodawcy muszą podać numer ubezpieczenia społecznego (Social Security Number, SSN) lub potwierdzenie, że złożyli lub próbowali złożyć wniosek w celu jego uzyskania. Jedynym wyjątkiem są kobiety w ciąży, imigranci nieposiadający dokumentów oraz osoby tymczasowo przebywające w USA, ubiegające się o leczenie nagłego stanu zdrowia, a także niektórzy imigranci, którzy byli przedmiotem maltretowania. Numery SSN nie są wymagane dla członków gospodarstwa domowego, którzy nie ubiegają się o świadczenia. Takie ujawnienie jest wymagane przez ustawę federalną 42 U.S.C. 1320b-7 (a) oraz przepisy Medicaid 42 CFR 435.910. Numery SSN są stosowane na wiele sposobów przez Wydział Usług Społecznych (Department of Social Services, DSS) oraz pomiędzy DSS a instytucjami federalnymi, stanowymi i lokalnymi, zarówno w Nowym Jorku, jak i innych jurysdykcjach. Niektóre sposoby wykorzystania SSN to: sprawdzenie tożsamości, wskazanie i sprawdzenie dochodu pochodzącego z pracy i spoza pracy, sprawdzenie, czy rodzic niesprawujący opieki może uzyskać ubezpieczenie zdrowotne dla wnioskodawców, sprawdzenie, czy wnioskodawcy mogą uzyskać pomoc medyczną, oraz sprawdzenie, czy wnioskodawcy mogą uzyskać pieniądze lub inną pomoc. Numery SSN mogą także służyć do identyfikacji odbiorców w centralnych instytucjach państwowych Medicaid i pomiędzy nimi w celu zapewnienia odbiorcom dostępności odpowiednich usług.

UJAWNIEŃ INFORMACJI MEDYCZNYCH Wyrażam zgodę na ujawnienie wszelkich informacji medycznych na mój temat oraz na temat członków mojej rodziny, za których mogę wyrazić zgodę: przez mojego lekarza podstawowej opieki oraz innych pracowników ochrony zdrowia lub Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork (State Department of Health, SDOH) do mojego ubezpieczenia oraz pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w opiekę nade mną i moją rodziną w sposób niezbędny do przeprowadzenia leczenia, płatności lub czynności związanych z opieką zdrowotną przez moje ubezpieczenie zdrowotne i pracowników ochrony zdrowia; przez moje ubezpieczenie zdrowotne i pracowników ochrony zdrowia do SDOH oraz innych upoważnionych instytucji federalnych, stanowych i lokalnych do celów zarządzania Medicaid; a także przez moje ubezpieczenie zdrowotne do innych osób lub organizacji w sposób niezbędny do przeprowadzenia leczenia, płatności lub czynności związanych z opieką zdrowotną przez moje ubezpieczenie zdrowotne. Wyrażam również zgodę, aby ujawnione informacje obejmowały informacje na temat HIV, zdrowia psychicznego lub nadużycia alkoholu i substancji dotyczące mnie i członków mojej rodziny w zakresie dozwolonym przez prawo. Jeśli więcej niż jedna osoba dorosła w rodzinie przystępuje do ubezpieczenia zdrowotnego Medicaid, zgoda na ujawnienie informacji wymaga podpisu każdej wnioskującej osoby dorosłej.

ZARZĄDZANA OPIEKA MEDICAID Jeśli dodaję do sprawy Medicaid członka rodziny i mieszkam w okręgu, który wymaga, aby odbiorcy świadczeń Medicaid byli objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, rozumiem, że taki członek rodziny zostanie objęty tym samym ubezpieczeniem zdrowotnym, co moja rodzina, chyba że zostanie zwolniony lub wykluczony.

UJAWNIEŃ DANYCH DOTYCZĄCYCH WYKSZTAŁCENIA Wyrażam zgodę, aby lokalny Wydział Usług Społecznych oraz stan Nowy Jork uzyskały wszelkie informacje na temat danych dotyczących wykształcenia moich wymienionych tutaj dzieci, niezbędnych w celu ubiegania się o zwrot kosztów Medicaid za usługi edukacyjne dotyczące zdrowia oraz w celu zapewnienia odpowiedniej instytucji federalnej dostępu do informacji wyłącznie do celów audytu.

PROGRAM EARLY INTERVENTION Jeśli moje dziecko uczestniczy w programie Early Intervention stanu Nowy Jork, wyrażam zgodę, aby lokalny Wydział Usług Społecznych oraz stan Nowy Jork udostępniały informacje na temat uprawnień mojego dziecka do Medicaid okręgowemu programowi Early Intervention w celu wystawienia rachunku na rzecz Medicaid. Zgadzam się udostępniać te informacje wszystkim szkolnym centrom zdrowia, które świadczą usługi wnioskodawcy(-om).

ZAWIADOMIENIE DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

NINIEJSZE ZAWIADOMIENIE OKREŚLA SPOSÓB WYKORZYSTANIA I UJAWNIANIA DANYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA ORAZ SPOSOBY UZYSKANIA DOSTĘPU DO TAKICH DANYCH. PROSIMY O UWAŻNE ZAPOZNANIE SIĘ Z JEGO TREŚCIĄ.

Program Medicaid stanu Nowy Jork musi informować o sposobie wykorzystania, udostępniania i ochrony informacji dotyczących zdrowia. Program Medicaid stanu Nowy Jork obejmuje normalne ubezpieczenie Medicaid i plan zorganizowanej opieki Medicaid. Program jest zarządzany przez Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork oraz lokalny Wydział Usług Społecznych.

Informacje dotyczące Pana/Pani zdrowia są prywatne.

Ciąży na nas obowiązek dbania o prywatność Pana/Pani danych, udostępniania ich tylko wtedy, gdy jest to konieczne, i przestrzegania praktyk ochrony prywatności, które określono w niniejszym zawiadomieniu. Musimy podejmować szczególne wysiłki w celu ochrony imion i nazwisk osób zarażonych wirusem HIV / chorujących na AIDS lub korzystających z usług dla osób uzależnionych od narkotyków bądź alkoholu.

Jakimi danymi dotyczącymi zdrowia dysponuje program Medicaid w Nowym Jorku?

Gdy składał(a) Pan/Pani wniosek o przyjęcie do programu Medicaid, mógł Pan / mogła Pani przekazać nam informacje dotyczące Pana/Pani zdrowia. Gdy lekarze, kliniki, szpitale, plany opieki zarządzanej i inni świadczeniodawcy medyczni przesyłają prośby o zapłatę, otrzymujemy również informacje dotyczące Pana/Pani stanu zdrowia, leczenia i leków.

W jaki sposób program Medicaid stanu Nowy Jork wykorzystuje i udostępniania Pana/Pani dane dotyczące zdrowia?

Musimy udostępnić Pana/Pani dane dotyczące zdrowia, gdy:

- **Pan/Pani lub Pana/Pani przedstawiciel wystąpi z żądaniem przekazania Pana/Pani danych dotyczących zdrowia.**
- **Instytucje rządowe zażądają danych, co jest dopuszczalne przez przepisy, np, podczas audytów.**
- **Prawo nakazuje nam udostępnianie Pana/Pani danych.**

We wniosku o objęcie programem Medicaid przyznał(a) Pan/Pani programowi Medicaid w stanie Nowy Jork prawo do wykorzystywania i udostępniania Pana/Pani danych dotyczących zdrowia na potrzeby regulowania płatności za Pana/Pani opiekę zdrowotną i prowadzenia programu. Na przykład wykorzystujemy i udostępniamy Pana/Pani dane w celu:

- **Opłacania rachunków wystawianych przez lekarza, szpital i/lub świadczeniodawcę medycznego.**
- **Zapewniania Panu/Pani wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz przestrzegania wszystkich zasad i przepisów.**

Możemy sprawdzać Pana/Pani dane dotyczące zdrowia:

- **W celu określenia, czy przeprowadzono u Pana/Pani właściwą procedurę medyczną lub czy otrzymał(a) Pan/Pani odpowiedni sprzęt do opieki zdrowotnej.**
- **W celu kontaktowania się z Panem/Panią w sprawie ważnych zmian w świadczeniach zdrowotnych, z których Pan/Pani korzysta.**
- **W celu sprawdzania, czy jest Pan/Pani zapisany(-a) w odpowiednim programie zdrowotnym.**
- **W celu odbierania płatności od innych towarzystw ubezpieczeniowych.**
- **W celu określenia, czy kwalifikuje się Pan/Pani do udziału w programie Medicare Part D lub innych programach ubezpieczeniowych, które mogą być dla Pana/Pani korzystniejsze.**

W ograniczonych przypadkach możemy również wykorzystywać i udostępniać Pana/Pani dane zdrowotne w celu:

- **Prowadzenia badań nad opieką zdrowotną.** Możemy sprawdzać dane dotyczące zdrowia wielu konsumentów w celu określenia sposobów zapewniania lepszej opieki zdrowotnej.
- **Zapobiegania poważnym problemom ze zdrowiem lub bezpieczeństwem dotyczącym Pana/Pani lub społeczności bądź reagowania na takie problemy, zgodnie z tym, co dopuszcza prawo federalne lub stanowe.**

W przypadku wykorzystywania i ujawniania Pana/Pani danych w innych celach wymagane jest Pana/Pani pisemne upoważnienie:

- **Notatki z psychoterapii**
- **Wykorzystywanie i ujawnianie chronionych danych dotyczących zdrowia w celach marketingowych, w tym na potrzeby komunikacji dotyczącej leczenia dotowanego**
- **Ujawnianie danych stanowiące sprzedaż Pana/Pani chronionych danych dotyczących zdrowia.**

Potrzebujemy Pana/Pani pisemnego pozwolenia na wykorzystywanie lub ujawnianie Pana/Pani danych dotyczących zdrowia w innych celach, których nie wymieniono w niniejszym zawiadomieniu, chyba że mamy taki obowiązek ze względu na przepisy, którym podlegamy.

Jakie ma Pana/Pani prawa?

Pan/Pani lub Pana/Pani przedstawiciele mają prawo do:

- Otrzymania kopii niniejszego zawiadomienia.
- Wglądu w Pana/Pani dane dotyczące zdrowia lub otrzymania ich kopii. W przypadku odrzucenia Pana/Pani prośby ma Pan/Pani prawo do sprawdzenia tej decyzji.
- Wystąpienia z prośbą o zmianę Pana/Pani danych dotyczących zdrowia. Rozpatrzymy wszystkie prośby, ale nie jesteśmy w stanie zmienić rachunków przesłanych przez lekarza, klinikę, szpital lub innego świadczeniodawcę medycznego.
- Wystąpienia z prośbą o ograniczenie sposobów, w jakie wykorzystujemy i udostępniamy Pana/Pani dane. Rozpatrzymy wszystkie prośby, ale nie musimy ich zrealizować, chyba że przepisy prawa będą nakazywały ujawnienie Pana/Pani danych w określonym przypadku.

- Wystąpienia do nas z prośbą, abyśmy kontaktowali się z Panem/Panią w sprawie informacji o Pana/Pani opiece zdrowotnej na różne sposoby (na przykład może Pan/Pani poprosić nas, abyśmy wysłali do Pana/Pani pocztę na inny adres).
- Wystąpienia z prośbą o przekazanie specjalnych formularzy, które Pan/Pani podpisuje w celu zezwolenia nam na udostępnianie Pana/Pani danych dotyczących zdrowia wszelkim wybranym przez Pana/Panią odbiorcom. O ile dane nie zostaną wcześniej przekazane, może Pan/Pani wycofać pozwolenie w każdej chwili.
- Otrzymania listy odbiorców, którym przekazano Pana/Pani dane dotyczące zdrowia. Ta lista nie będzie obejmowała danych dotyczących zdrowia, o które poprosił(a) Pan/Pani lub poprosili Pana/Pani przedstawiciele, danych wykorzystywanych do prowadzenia programu Medicaid w stanie Nowy Jork ani danych przekazanych w celach związanych z egzekucją prawa.
- Otrzymania powiadomienia o naruszeniu Pana/Pani niezabezpieczonych chronionych danych dotyczących zdrowia.

Elektroniczną kopię niniejszego zawiadomienia można znaleźć na stronie internetowej Wydziału Zasobów Ludzkich miasta Nowy Jork (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). Wersja alternatywna jest także dostępna na stronie internetowej Wydziału Zdrowia Stanu Nowy Jork (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

*** Za złożenie zażalenia nie będą podjęte wobec Pana/Pani działania odwetowe. Jeśli zmienimy informacje zawarte w niniejszym zawiadomieniu, opublikujemy jego zmienioną wersję na naszej stronie internetowej pod adresem:**

https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi Pan/Pani na jakąkolwiek chorobę (w tym chorobę psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia korzystanie z innych usług HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 888-692-6116. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo poprosić o taką pomoc.