

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 zażądadają 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 wysyłali 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.