

Исполнительный офис здравоохранения и социальной помощи
Управление социального обеспечения людей с нарушениями в развитии
(Department of Developmental Services)

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

ФИО: _____ Д.Р.: ____/____/____
Фамилия Имя Отчество/Имя

Адрес: _____

Дом №	Улица	квартира №

Город/нас. пункт	Штат	Поч. индекс	№ соц. страхования
------------------	------	-------------	--------------------

- Предпочитает разговаривать о заявителе? _____
- Получать письменные материалы о заявителе? _____
- Нужен ли устный переводчик для слушаний? ☐ Да ☐ Нет

ПРИМЕЧАНИЕ: Услуги переводчика предоставляются заявителю на бесплатной основе.

Как лучше всего с вами связаться? (Отметьте максимальное количество)

☐ Основной () _____ Можно оставить сообщение? Да ☐ Нет ☐

☐ Дополнительный () _____ Можно оставить сообщение? Да ☐ Нет ☐

□ Эд. почта

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Свидетельство о рождении
- Карту социального страхования
- Карту(ы) медицинского страхования (MassHealth, Medicare, частная страховая компания)
- Документ, подтверждающий проживание в шт. Массачусетс – например: водительское удостоверение шт. Массачусетс, удостоверение личности шт. Массачусетс, счет на оплату коммунальных услуг с подчеркнутыми именем и адресом
- Заключение, подтверждающие диагноз, по которому вы хотите получать услуги
- Бланк Согласия с Уведомлением о методах защиты персональных данных (входящее в состав заявления).

- Отчет о вмешательство в ситуацию/развитии

- ИПО и соответствующие оценки, а также/или План предоставления специальных услуг
- Отчеты о развитии адаптивных навыков
- Отчет с указанием заключительного диагноза "умственная отсталость" и/или "расстройство аутистического спектра (РАС)
- Отчеты об оценке уровня психологического или нейропсихологического интеллекта
- Результаты генетических обследований, устанавливающие синдромы Смита-Магениса, Прадера-Вилли или другие генетические заболевания.

ОПЕКУНСТВО

Этот раздел заполняется исключительно в случае наличия опекуна, назначенного в судебном порядке

При наличии опекуна, назначенного в судебном порядке, документы, подтверждающие опекунство предоставляются вместе с настоящим заявлением. При наличии опекуна, назначенного в судебном порядке, настоящее заявление подписывается этим опекуном.

ФИО опекуна _____ Связь _____
Фамилия Имя с заявителем
 Адрес опекуна _____
Дом №, улица Город/нас. пункт Индекс
 Эл. почта _____ Тел. _____

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

Заявитель или Вы:

Проживает дома вместе с семьей? Да ☐ Нет ☐ _____
Если нет, где вы проживаете, за исключением школы-интерната?
 Проживает в школе-интернате? Да ☐ Нет ☐ _____
Если да, укажите название школы
 Бездомный? Да ☐ Нет ☐ _____
Если да, как долго?
 Участвует в другой гос. программе? Да ☐ Нет ☐ _____
Если да, укажите орган, реализующий программу?
 Сейчас пребывает в больнице? Да ☐ Нет ☐ _____
Если да, укажите название больницы
 Учится в школе/колледже? Да ☐ Нет ☐ _____
Если да, укажите название школы/колледжа

ТИП ЗАЯВЛЕНИЯ

Близкородственные нарушения развития (применимо к лицам в возрасте 5 лет – 22 года)

Вы обращаетесь к DDS по причине наличия близкородственных нарушений развития? (115 CMR 6.06 (1)

Да ☐ Нет ☐

ПРИМЕЧАНИЕ: К близкородственным нарушениям развития относятся наследственные заболевания.

Если у вас наблюдаются близкородственные нарушения развития, вы должны предоставить результаты комплексной диагностики за подписью квалифицированного специалиста таких уровней квалификации как Ph.D, Psy.D MD и т.д. Ваш диагноз должен подтверждаться документально, или результатами генетического анализа.

Умственная отсталость

Вы обращаетесь к DDS по причине наличия умственной отсталости?

Да ☐ Нет ☐

Если у Вас наблюдается умственная отсталость, для подтверждения своего диагноза, вместе с заявлением вы должны предоставить результаты комплексной диагностики за подписью квалифицированного специалиста таких уровней квалификации как Ph.D, Psy.D MD и т.д. Сюда относятся тесты интеллекта (IQ) и тесты на развитие когнитивных навыков.

Расстройство аутистического спектра

Вы обращаетесь к DDS по причине наличия расстройства аутистического спектра (РАС)?

Да ☐ Нет ☐

☐

Если у вас наблюдается расстройство аутистического спектра (РАС), вместе с заявлением вы должны предоставить результаты комплексной диагностики за подписью квалифицированного специалиста таких уровней квалификации как Ph.D, Psy.D MD и т.д.

Синдром Прадера-Вилли

Вы обращаетесь к DDS по причине наличия синдрома Прадера-Вилли?

Да ☐ Нет ☐

При наличии синдрома Прадера-Вилли, вместе с заявлением вы должны предоставить результаты генетического анализа, подтверждающие диагноз синдрома Прадера-Вилли.

Синдром Смита-Магениса

Вы обращаетесь к DDS по причине наличия синдрома Смита-Магениса?

Да ☐ Нет ☐

При наличии синдрома Смита-Магениса, вместе с заявлением вы должны предоставить результаты генетического анализа, подтверждающие диагноз синдрома Смита-Магениса.

Остальную часть страницы оставить пустой

ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЕ ИЛИ ЛИЦЕ ДЛЯ СРОЧНОЙ СВЯЗИ

ФИО: _____ Связь: _____
Фамилия Имя Отчество/Имя с заявителем

Дом № Улица Квартира № Город Штат Индекс

Как лучше всего с ними связаться? (Отметьте максимальное количество)

- ☐ Основной () _____ Можно оставить сообщение? Да ☐ Нет ☐
- ☐ Дополнительный () _____ Можно оставить сообщение? Да ☐ Нет ☐
- ☐ Эл. почта _____

РАЗРЕШЕННЫЕ КОНТАКТНЫЕ ЛИЦА

Укажите данные лица, с которым вы разрешаете контактировать по вопросам права на получение услуг, при наличии таковых. Это может быть социальный работник, учитель, врач и т.д. Этот человек может являться законным опекуном.

ФИО: _____ Связь: _____
Фамилия Имя Отчество/Имя с заявителем

Дом № Улица Квартира № Город Штат Индекс

Как лучше всего с ними связаться? (Отметьте максимальное количество)

- ☐ Основной () _____ Можно оставить сообщение? Да ☐ Нет ☐
- ☐ Дополнительный () _____ Можно оставить сообщение? Да ☐ Нет ☐
- ☐ Эл. почта _____

Я даю свое разрешение DDS обсуждать детали моего заявления и документов с вышеуказанным лицом с целью завершения процесса определения права на получение услуг.

Подпись заявителя/законного опекуна

Дата

Содружество штата Массачусетс
Управление социального обеспечения людей с нарушениями в развитии
(Department of Developmental Services)

БЛАНК РАЗРЕШЕНИЯ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

РАЗДЕЛ I. Личные сведения:

Имя лица: _____ Второе имя / другие имена: _____

Адрес: _____ Тел.: _____

Номер социального страхования: _____ Дата рождения: _____

☐ Я даю свое разрешение на то, чтобы представители Управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии раскрывали следующую информацию компании, агентству, организации или отдельному лицу, предоставляющему услуги, указанным в Разделе II:

☐ Я даю свое разрешение на то, чтобы компания, агентство, организация или отдельное лицо, предоставляющее услуги, указанные в Разделе II, передавали следующую информацию представителям Управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Психологические тесты | ☐ Полная история услуг | ☐ Прочие планы услуг |
| ☐ Анамнез | ☐ Лекарственный анамнез | ☐ Документы об опекунстве |
| ☐ История обучения | ☐ ПИО / ИПП | ☐ Отчеты лечебного учреждения |

☐ Прочая документация (указать) _____

РАЗДЕЛ II. Получатель(и) данных. Я даю свое разрешение на то, чтобы указанная ниже компания, агентство, организация или отдельное лицо, предоставляющее услуги, предоставляло/получало данные, указанные в Разделе I в/от Управление/я социального обеспечения людей с нарушениями в развитии:

ФИО _____

Организация _____

Адрес _____

РАЗДЕЛ III. Цель раскрытия информации. Указать цель, с которой используется или раскрывается информация (примеры: медицинские услуги, юридическая помощь, страхование, личное и т.д. – указывать конкретную цель. Если вы не хотите указывать причину, можно написать "по моему запросу", если вы являетесь инициатором запроса).

Законы штата Массачусетс и правила и политики Управления запрещают использование или раскрытие информации с иными целями.

РАЗДЕЛ IV. Дополнительные получатели информации. Управление социального обеспечения людей с нарушениями в развитии или компания, агентство, организация или отдельное лицо, предоставляющее услуги, указанные в Разделе II, может предоставлять мои данные следующим лицам или организации:

ФИО

Организация

Адрес

РАЗДЕЛ V. Документальное подтверждение. Мне известно о достоинствах и недостатках предоставления указанной выше информации, и я предоставляю свое разрешение добровольно. Я понимаю, что у меня есть право в любой момент отозвать свое разрешение. В случае отзыва, мне необходимо подготовить соответствующий документ и предоставить его лицу/организации/компании, которая получила мое разрешение на передачу данных. Я понимаю, что отзыв не распространяется на ту информацию, которая уже была передана в рамках имевшегося разрешения.

Срок действия этого разрешения _____ (дата или событие – не более одного года). Я понимаю, что после раскрытия вышеуказанной информации, получатель может раскрыть ее третьим лицам, и эта информация может не подпадать под защиту федеральных правил или законов, или законов штата, о конфиденциальности. Я понимаю, что разрешение на использование или раскрытие вышеуказанной информации предоставляется добровольно. Я понимаю, что буду продолжать получать услуги Управления в сфере здравоохранения без подписания настоящего бланка.

Подпись лица, являющегося объектом такой информации, или опекуна.

Дата

ФИО печатными буквами (при подписании опекуном или иным законным/разрешенным представителем, указать название судебной инстанции)

РАЗДЕЛ VI. Особые разрешения. Я даю свое особое разрешение на передачу следующей информации (отметить максимальное количество):

- ☐ Поскольку в моей медицинской карте содержится информация об анализах на антитела и антигены ВИЧ, которая защищена положениями M.G.L. с.111 S.70F, диагнозе ВИЧ/СПИД или лечении ВИЧ/СПИД, я даю особое разрешение на передачу или раскрытие такой информации.
- ☐ Поскольку в моей медицинской карте содержится информация о лечении от алкогольной или наркотической зависимости, которая защищена федеральными нормами, 42 CFR, Part 2, я даю особое разрешение на передачу или раскрытие такой информации.

Подпись лица, являющегося объектом такой информации, или опекуна.

Дата

ИНСТРУКЦИИ:

1. Настоящий бланк считается действительным при условии заполнения всех его разделов (за исключением раздела "Особые разрешения").
2. Убедитесь в указании практически выполнимого срока или события на стр. 2.
3. **Рассылка копий: оригинальный экземпляр - компании, предоставляющей услуги; копия - лицу или его представителю; копия - индивидууму/компании/организации, инициировавшей запрос.**

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Прошу представителей Управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии (DDS) определить возможность для предоставления услуг. Настоящее разрешение действует до полной обработки моего заявления или до направления мной письменного уведомления DDS о его отзыве.

Подпись, подтверждающая разрешение на определение предоставляемых услуг:

Имя заявителя

☐ Заявитель

☐ Законный опекун

Подпись заявителя/законного опекуна

Дата

ФИО печатными буквами заявителя/законного опекуна

Полный адрес законного

Тел. основной

Тел. дополнительный

ПОСЛЕДНИЕ ИНСТРУКЦИИ ПЕРЕД ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ЗАЯВЛЕНИЯ В

- Убедитесь в том, что каждое поле этого заявления заполнено.
- Убедитесь в наличии подписей в каждом соответствующем поле.

- Вложите все необходимые документы в это заявление.
- Ознакомьтесь с "Уведомлением о методах защиты персональных данных" ниже (4 страницы)
 - Сохраните у себя "Уведомление о методах защиты персональных данных" для справки
 - Подпишите и вложите в это заявление Бланк Согласия с Уведомлением о методах защиты персональных данных.

Предоставьте полный пакет документации местному представительству старшему специалисту группы определения права на получение услуг регионального представительства DDS, указанному ниже. При наличии вопросов, перед отправкой заявления и соответствующих документов, обратитесь к местным представителям группы определения права на получение услуг по месту жительства.

Центральный/западный регион DDS

One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
Тел.: (413)-205-0940
Факс: (413) 205-1603

Регион Метро DDS

465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
Тел.: (781) 314-7513
Факс: 781-314-7539

Юго-восточный регион DDS

151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
Тел.: (508)-866-8800
Факс: (508) 866-8859

Северо-восточный регион DDS

Hogan Regional Center
PO Box A Hathorne, MA 01937
Тел.: (978) 774-5000 x850
Факс: 978-739-0420

Содружество штата Массачусетс

Исполнительный офис здравоохранения и социальной помощи
Управление социального обеспечения людей с нарушениями в развитии
(Department of Developmental Services)

Бланк Согласия с Уведомлением о методах защиты персональных данных

Заявитель: _____

Организация/регион/район/программа: _____

Мною рассмотрен экземпляр Уведомлением DDS о методах защиты персональных данных

→ Подпись: _____ Дата: _____
Лицо или его представитель, имеющий законное право принимать решения по вопросам здравоохранения

Если подписано личным представителем:

ФИО печатными буквами: _____

Кем приходится: _____

(родитель/опекун и т.д.)

В присутствии: _____ Дата: _____

Рекомендации DSS о защите персональных данных требуют хранить этот бланк не менее 6 лет.

Содружество штата Массачусетс

Исполнительный офис здравоохранения и социальной помощи
Управление социального обеспечения людей с нарушениями в развитии
(Department of Developmental Services)

СОХРАНЯТЬ ДЛЯ СПРАВКИ

УВЕДОМЛЕНИЕМ О МЕТОДАХ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ВОЗМОЖНЫЙ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ОХРАНЯЕМОЙ ЗАКОНОМ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОДЛЕЖИТ ВНИМАТЕЛЬНОМУ ОЗНАКОМЛЕНИЮ.

Цель:

В этом уведомлении представлена информация о методах защиты персональных данных и установленных законодательством обязанностях Управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии по защите ваших персональных или медицинских данных, а также данных, создаваемых и получаемых нами. Здесь также приводится разъяснение относительно ваших медицинских данных и сферах ответственности Управления. Ниже указывается, что в соответствии с требованиями законодательства мы обязаны обеспечивать нераспространение ваших медицинских данных.

При возникновении вопросов относительно содержания настоящего Уведомления о методах защиты персональных данных, необходимости связаться с представителем Управления относительно содержания настоящего Уведомления о методах защиты персональных данных или для обжалования процедур Управления относительно защиты персональных данных, обратитесь в отдел Управления по защите персональных данных (Privacy Office) по адресу:

Privacy Officer
Department of Developmental Services
1000 Washington Street
Boston, MA 02118
(888) 367-4435, доб. 7717

I. Что относится к охраняемой законом информации о состоянии здоровья?

Охраняемая законом информация о состоянии здоровья (Protected Health Information (PHI)) - это информация, собранная Управлением о прошлом, настоящем и будущем состоянии вашего здоровья, о предоставляемых вам услугах медицинской помощи или оплате медицинских услуг. Как политики конфиденциальности, так и законодательство обязывает Управление постоянно охранять ваши персональные данные и всю информацию о состоянии здоровья, имеющуюся в нашем распоряжении. Федеральное законодательство обязывает нас предоставлять вам Уведомление о наших методах защиты персональных данных с объяснением того, каким образом, когда и для каких целей мы можем использовать или раскрывать вашу PHI.

Копию такого уведомления можно получить в любом представительстве Управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии. Его текст также размещен на нашем сайте по адресу: www.dds.state.ma.us.

II. Как Управление может использовать и раскрывать вашу PHI?

Работники управления должны использовать и раскрывать охраняемую законом информацию о состоянии здоровья разными способами для возможности предоставления вам услуг. Далее приводятся примеры возможных вариантов использования и раскрытия PHI, для которых не обязательно иметь ваше разрешение.

Как правило, работники Управления могут использовать или раскрывать вашу PHI следующим образом:

- **С целью лечения:** представители DSS могут использовать вашу PHI для обеспечения вашего лечения и предоставления вам других услуг. Например, участники вашей лечащей группы могут проводить внутренние обсуждения вашей PHI в рамках разработки и реализации плана предоставления вам услуг. Кроме того, работники DSS могут раскрывать вашу PHI индивидуумам или компаниям, предоставляющим услуги, которые не входят в структуру Управления, но привлекаются в процессе оказания вам медицинских услуг; при этом, объем используемой или раскрываемой информации должен быть минимальным для выполнения необходимых действий.
- **С целью получения оплаты:** представители DSS могут использовать или раскрывать вашу PHI для выставления счетов и получения оплаты за полученные вами медицинские услуги. Например, представители DSS могут предоставлять отдельные данные из состава вашей PHI в организацию, отвечающую за реализацию программы "Medicaid", управление социального страхования, работникам Управления или частной страховой компании.
- **С целью предоставления медицинских услуг:** DDS может использовать или раскрывать вашу PHI в ходе работы отдельных отделов Управления, его представительств, центров развития и любых других программ Управления. Такое использование и раскрытие информации необходимо для обеспечения реализации наших программ, в том числе для обеспечения качества получаемых услуг каждым нашим клиентом. Например, мы можем использовать вашу PHI для повышения качества предоставляемых услуг в части анализа нашего лечения и услуг, а также для оценки работы Управления и/или персонала компании, предоставляющей услуги, с точки зрения полученной вами помощи. Помимо этого, мы можем раскрывать информацию докторам, медсестрам, техникам, студентам медицинских учебных заведений и другим вышеуказанным работникам, с целью анализа и повышения качества учебного процесса. Кроме того, может возникнуть необходимость в получении или обмене вашей информацией с другими государственными органами штата Массачусетс.

Законодательство предусматривает использование или раскрытие вашей PHI без вашего предварительного согласия или разрешения в следующих обстоятельствах:

- **В соответствии с законодательством и для реализации отдельных государственных функций:** DDS может раскрывать вашу PHI при наличии нормативного требования о предоставлении нами соответствующей информации о предполагаемом насилии, пренебрежении интересами или насилии в семье, в связи с подозреваемой криминальной деятельностью, или по решению суда. Кроме того, мы можем раскрывать PHI органам, обеспечивающим контроль за соблюдением этих требований о защите персональных данных. Мы также можем раскрывать PHI органам, реализующим государственные программы, связанные с определением соответствия для реализации и предоставления специальных услуг, таких как "Medicaid", для получения компенсации за производственные травмы и в целях государственной безопасности, например для защиты Президента.
- **С целью выполнения мероприятий, направленных на охрану здоровья и безопасности населения:** DDS может раскрывать PHI при необходимости собирать данных о заболевании или увечьях, или для предоставления необходимых статистических данных в органы здравоохранения относительно неблагоприятных медицинских реакций, отзывов продукции или профилактики заболеваний.
- **С целью контроля в сфере здравоохранения:** DDS может раскрывать PHI внутри Управления или другим органам, отвечающим за контроль работы системы здравоохранения, с целью

информирования о или расследования нестандартных случаев и контроля реализации программы "Medicaid".

- **Умершие:** DDS может раскрывать PHI о смерти следователям, судебно-медицинским экспертам, или руководителям похоронных процессий, а также представителям организаций трансплантационной координации относительно пожертвования или пересадки таких органов как глаза и ткани. Помимо этого, информация может раскрываться в рамках внутренних или внешних расследований.
- **С целью исследования, аудита или оценки:** в отдельных обстоятельствах и под контролем представителей комитета, курирующего исследование, DDS может раскрывать PHI согласованным исследователям и назначенным ими лицами для помощи в исследовании.
- **В ходе судебного рассмотрения и в ответ на судебный иск:** DDS может предоставлять информацию о вашем состоянии здоровья по постановлению суда или административному приказу, или в ответ на судебную повестку в объеме, определенном законодательством штата или государства, включая, но не ограничиваясь, G.L. с. 123B, § 17 (положения DDS о соблюдении конфиденциальности (DDS Records Confidentiality)); G.L. с. 66A, § 2 (Закон о принципах честного использования данных (Fair Information Practices Act)); G.L. с. 111, § 70(f) (анализ на ВИЧ (HIV testing)); G.L. с. 111B, § 11 (лечение алкогольной зависимости (alcohol treatment)); и G.L. с. 111E, § 18 (лечение наркотической зависимости (drug treatment)).
- **С целью избежать угроз для здоровья или безопасности:** во избежание серьезных угроз для здоровья или безопасности, при необходимости DDS может раскрывать PHI органам правопорядка и прочим лицам, которые в достаточной мере способны предупредить или снизить уровень угрозы.

III. Использование и раскрытие PHI, требующих вашего разрешения.

Для использования и раскрытия информации для целей, отличных от лечения, оплаты или предоставления медицинских услуг, мы обязаны иметь ваше письменное разрешение, кроме вышеописанных исключительных случаев использования или раскрытия информации. Разрешения могут отзываться в любое время для приостановки будущего использования/раскрытия информации, за исключением тех случаев, когда мы уже предприняли определенные мероприятия в рамках вашего разрешения.

IV. Ограниченное использование и раскрытие информации членам семьи, друзьям и прочим лицам, при условии отсутствия возражения с вашей стороны

Мы можем раскрывать ограниченный объем вашей PHI членам семьи, друзьям и прочим лицам, участвующим в процессе оказания вам помощи, в тех случаях, когда мы вас заблаговременно уведомим о таком раскрытии, и при отсутствии возражений с вашей стороны, при отсутствии законодательного запрета для такого раскрытия.

V. Ваши предпочтения относительно способов предоставления DDS охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья

Для отдельных видов информации вы можете сообщить DDS о своих предпочтениях относительно способа/объема предоставляемой нами информации. В таких случаях у вас есть право и выбор информировать DDS об:

- информации, предоставляемой членам вашей семьи, близким друзьям или лицам, участвующим в процессе оказания вам помощи;
- информации, предоставляемой для предотвращения несчастий;
- информации, которая включается в медицинскую/административную картотеку;
- возможностях для обращения к вам с целью сбора средств.

Если вы не в состоянии довести до нашего сведения свои предпочтения (например, вы находитесь без сознания), DDS может предоставлять вашу информацию, если мы полагаем, что это действие пойдет вам на пользу. При необходимости, мы можем также предоставлять вашу информацию для снижения уровня серьезной и неотвратимой угрозы здоровью или безопасности.

VI. Запрет на раскрытие информации

Работники Управления не будут использовать или раскрывать охраняемую законом информация о состоянии вашего здоровья с маркетинговой целью, с целью ее продажи, или не будут предоставлять результаты психотерапевтического лечения без вашего письменного разрешения на выполнение таких действий. Относительно сбора средств, представители DDS могут обращаться к вам с вопросами относительно сбора средств, но вы можете уведомить DDS о том, чтобы не получать впредь подобные запросы.

VII. Ваши права относительно охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья

Относительно охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья вы наделены такими правами:

- **Получение копии настоящего Уведомления о методах защиты персональных данных** - вы в любое время можете обратиться в DDS за получением бумажного экземпляра этого уведомления.
- **Изучение и получение экземпляра охраняемой законом информация о состоянии вашего здоровья.** При условии ограничения доступа к данным о вас с точки зрения сохранения точности и документального подтверждения лечения, вы вправе предоставить письменный запрос на изучение и получение копии охраняемой законом информация о состоянии вашего здоровья (в бумажном и электронном виде). Такой запрос адресуется специалисту по вопросам защиты информации (Privacy Officer) через вашего координатора услуг или районное представительство. Срок предоставления ответа DDS на ваш запрос - 30 дней. Копии PHI могут предоставляться на платной основе.
- **Назначение собственного представителя.** Если вы предоставили определенному лицу медицинскую доверенность, или такое лицо является вашим законным опекуном, это лицо может защищать ваши права и принимать решения относительно вашего здоровья в пределах, установленных действующим законодательством. Представители DDS будут исполнять запросы/выполнять решения назначенного вами лица в пределах, установленных действующим законодательством.
- **Установка ограничений на использование/раскрытие информации.** Вы вправе просить DDS ограничить способы использования или раскрытия вашей PHI, или требовать, чтобы работники DDS не использовали или предоставляли определенную информацию для целей лечения, оплаты или предоставления медицинских услуг. Работники Управления рассмотрят ваш запрос, но законодательные нормы не обязывают их исполнять его, если он может негативно отразиться на процессе предоставления вам медицинской помощи и услуг. Если вы полностью оплачиваете услугу или медицинскую помощь из собственных средств, вы можете попросить работников DDS не предоставляли эту информацию в вашу страховую компанию для целей получения оплаты или предоставления услуг.
- **Выбор способа контакта.** Вы можете попросить, чтобы работники DDS предоставляли вам информацию по альтернативному адресу или альтернативным способом, в том числе посредством защищенных средств связи.
- **Изменение PHI.** Если вы полагаете, что в PHI содержится ошибка или отсутствуют определенные данные, вы можете обратиться к DDS в письменной форме с просьбой откорректировать или добавить недостающие данные. Срок предоставления ответа DDS на ваш запрос - 60 дней. В случае отказа, такой отказ будет представлен вместе с разъяснением ваших прав на направление запроса и отказ в его рассмотрении, вместе с соответствующим предоставленным вами заявлением; все эти документы добавляются в ваш пакет PHI.

- **Учет раскрытой информации.** В отдельных случаях, у вас есть право на получение списка раскрытой информации: когда, кому, с какой целью и какой объем PHI.
- **Жалоба.** Если вы полагаете, что работники DDS нарушили ваши права на защиту личной информации, или вы не согласны с решением Управления относительно доступа к вашей PHI, вы можете подготовить жалобу на имя специалиста DDS по вопросам защиты информации. Кроме того, вы можете отправить жалобу в Отдел защиты гражданских прав Департамента здравоохранения и социальных служб США по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, тел.: 1-877-696-6775, или через интернет: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Работники департамента не будут предпринимать каких-либо репрессивных действий в ответ на вашу жалобу.

VIII. Ответственность DDS в сфере защиты информации и обеспечения безопасности

Относительно охраняемой законом информация о состоянии вашего здоровья работники Управления обязаны:

- **охранять информацию о состоянии вашего здоровья:** законы обязывают работников DDS охранять и обеспечивать безопасное хранение информации о состоянии вашего здоровья.
- **уведомлять вас о нарушениях:** работники DDS незамедлительно связываются с вами в случае нарушения процедуры безопасного хранения информации, которое может нарушить конфиденциальность или безопасность информации о состоянии вашего здоровья.
- **Уведомление о методах защиты персональных данных:** работники DDS должны придерживаться моральных обязательств и методов защиты персональных данных, описанных в этом уведомлении, и предоставить вам соответствующие копии.
- **Разрешения на использование и раскрытие информации:** работники DDS не будут использовать или предоставлять информацию о вас таким образом, который противоречит методам, описанным в этом уведомлении, при условии отсутствия вашего письменного разрешения об обратном. Вы вправе в любой момент отозвать свое разрешение посредством письменного уведомления представителей Управления.

Дополнительные сведения представлены по следующему адресу:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Порядок и сроки применения:

Настоящее уведомление применимо к вопросам использования и раскрытия охраняемой законом информация о состоянии здоровья всеми отделами и представительствами Управления, центрами развития и региональными центрами, а также в рамках всех программ Управления, включая использование и раскрытие PHI лицами или организациями, участвующими в предоставлении организованных медицинских услуг (organized health care arrangement (OHCA)) представителями Управления. Каждое лицо или организация, взаимодействующее таким образом с DDS в рамках OHCA, должно придерживаться моральных обязательств и методов защиты персональных данных, описанный в настоящем уведомлении.

Настоящее уведомление действует с 14 апреля 2003 года (с изменениями от 01 сентября 2014 года). Управление оставляет за собой право в любое время вносить изменения в свои методы защиты персональных данных и сроки действия настоящего Уведомления. Новое уведомление выдается по требованию в любом представительстве DDS, а также на сайте Управления.

**СОДРУЖЕСТВО ШТАТА МАССАЧУСЕТС
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ С
НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

**Местные пункты зачисления и проверки соответствия
Города/населенные пункты региона**

**Центральный/западный регион DDS Региональный
координат ор специального обучения**

**One Federal Street
Bldg. 111-2
Springfield, MA 01105
Тел.: (413)-205-0940
Факс: (413) 205 -1605**

Города/населенные пункты центрального/западного региона:

Adams, Agawam, Alford, Amherst, Ashburnham, Ashby, Ashfield, Ashley Falls, Athol, Auburn, Ayer, Baldwinville, Barre, Becket, Belchertown, Bellingham, Berlin, Bernardston, Blackstone, Blandford, Bolton, Boylston, Brimfield, Brookfield, Buckland, Charlemont, Charlton, Cherry Valley, Cheshire, Chester, Chesterfield, Chicopee, Clarksburg, Clinton, Colrain, Conway, Cummington, Dalton, Deerfield, Douglas, Dudley, East Brookfield, Easthampton, East Longmeadow, Egremont, Erving, Feeding Hills, Fitchburg, Florida, Franklin, Gardner, Gill, Goshen, Grafton, Granby, Granville, Groton, Great Barrington, Greenfield, Hadley, Hancock, Hampden, Hardwick, Harvard, Hatfield, Hawley, Heath, Hinsdale, Holden, Holland, Holyoke, Hopedale, Housatonic, Hubbardston, Huntington, Indian Orchard, Lancaster, Lanesboro, Lee, Leeds, Leicester, Lenox, Leominster, Leverett, Leyden, Longmeadow, Ludlow, Lunenburg, Medway, Mendon, Middlefield, Millers Falls, Milford, Millbury, Millville, Monroe, Monson, Montague, Monterey, Montgomery, Mt. Washington, New Ashford, New Braintree, New Marlboro, New Salem, North Adams, Northampton, Northbridge, Northfield, North Brookfield, Oakham, Orange, Otis, Oxford, Palmer, Paxton, Pelham, Pepperell, Petersham, Peru, Phillipston, Pittsfield, Plainfield, Princeton, Richmond, Rowe, Royalston, Russell, Rutland, Sandisfield, Savoy, Sheffield, Shelburne, Shirley, Shrewsbury, Shutesbury, Southbridge, South Deerfield, South Hadley, Leominster, Southampton, Southwick, Spencer, Springfield, Sterling, Sturbridge, Stockbridge, Sunderland, Sutton, Templeton, Tolland, Townsend, Turners Falls, Tyringham, Upton, Uxbridge, Wales Ware, Warren, Warwick, Washington, Webster, Wendell, West Boylston, West Brookfield, Westfield, Westhampton, Westminster, West Springfield, West Stockbridge, Whately, Whitinsville, Wilbraham, Williamsburg, Williamstown, Winchendon, Windsor, Worthington, Worcester.

**СОДРУЖЕСТВО ШТАТА МАССАЧУСЕТС
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ С
НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

**Местные пункты зачисления и проверки соответствия
Города/населенные пункты региона**

**Регион Метро DDS
Региональный координатор специального обучения
465 Waverley Oaks Road Suite 120
Waltham, MA 02452
Тел.: (781) 314-7513
Факс: (781) 314-7539**

Города/населенные пункты региона Метро:

Allston, Ashland, Beacon Hill, Belmont, Boston, Brighton, Brookline, Cambridge, Canton, Charlestown, Chelsea, Chestnut Hill, Chinatown, Dedham, Dorchester, Dover, Downtown Crossing, East Boston, Foxboro, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Hyde Park, Jamaica Plain, Marlboro, Mattapan, Medfield, Millis, Natick, Needham, Newton, Norfolk, Northborough, North Dorchester, North End, Norwood, Plainville, Revere, Roslindale, Roxbury, Sharon, Sherborn, Somerville, Southborough, South Boston, South End, Sudbury, Walpole, Waltham, Watertown, Wayland, West Roxbury, Wellesley, Westborough, Weston, Westwood, Winthrop, Wrentham.

**СОДРУЖЕСТВО ШТАТА МАССАЧУСЕТС
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ С
НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

**Местные пункты зачисления и проверки соответствия
Города/населенные пункты региона**

**Северо-восточный регион DDS
Региональный координатор специального обучения
Hogan Regional Center
PO Box A
Hathorne, MA 01937
Тел.: (978) 774-5000 x850
Факс: (978)739-0420**

Города/населенные пункты северо-восточного региона:

Acton, Amesbury, Andover, Arlington, Bedford, Beverly, Billerica, Boxborough, Boxford, Bradford, Burlington, Carlisle, Chelmsford, Concord, Danvers, Dracut, Dunstable, Essex, Everett, Georgetown, Gloucester, Groveland, Hamilton, Haverhill, Ipswich, Lawrence, Lexington, Lincoln, Littleton, Lowell, Lynn, Lynnfield, Malden, Manchester, Marblehead, Maynard, Medford, Melrose, Merrimac, Methuen, Middleton, Nahant, Newbury, Newburyport, North Andover, North Reading, Peabody, Reading, Rockport, Rowley, Saugus, Salem, Salisbury, Stoneham, Stow, Swampscott, Tewksbury, Topsfield, Tyngsboro, Wakefield, Wenham, West Newbury, Wilmington, Winchester, Woburn, Westford.

**СОДРУЖЕСТВО ШТАТА МАССАЧУСЕТС
УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ С
НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

**Местные пункты зачисления и проверки соответствия
Города/населенные пункты региона**

**Юго-восточный регион DDS
Региональный координатор специального обучения
151 Campanelli Drive Suite B
Middleboro, MA 02346
Тел.: (508)-866-5000
Факс: (508)-866-8859**

Города и населенные пункты юго-восточного региона (Southeast Region Cities and Towns)

Abington, Acushnet, Assonet, Attleboro, Avon, Barnstable, Berkley, Bourne, Braintree, Brewster, Bridgewater, Brockton, Carver, Chatham, Chilmark, Cohasset, Dartmouth, Dennis, Dighton, Duxbury, East Bridgewater, Eastham, Easton, Edgartown, Fairhaven, Fall River, Falmouth, Freetown, Gay Head, Gosnold, Halifax, Hanover, Hanson, Harwich, Hingham, Holbrook, Hull, Hyannis, Kingston, Lakeville, Mansfield, Marion, Marshfield, Mashpee, Mattapoisett, Middleboro, Milton, Nantucket, New Bedford, North Attleboro, Norton, Norwell, Oak Bluffs, Orleans, Pembroke, Plymouth, Plympton, Provincetown, Quincy, Randolph, Raynham, Rehoboth, Rochester, Rockland, Sandwich, Scituate, Seekonk, Somerset, Stoughton, Swansea, Taunton, Tisbury, Truro, Wareham, Wellfleet, West Bridgewater, Westport, West Tisbury, Weymouth, Whitman, Yarmouth.