

**အကယု၍ ကြန့်ပုၤ PHI ကို တစွဲတစဉ်းက
လိုအပ္ပါက မညဲသိုလ်ပုၤမညဲညး။**

သင့် PHI ကို ဝေပေးရန္တကြက ကြန့်ပုၤ သိရှိရသာအခါ ဝေလံာ်ကွဲးတပံုတစွဲတြင လကွဲးပေးရန္တကြက သင့်အား
ဝေတာငးဆိုလိမ့မညဲဖစါ။

- ကြန့်ပုၤ သည ဝနဲဆေးဌးမား(သို) ဝေစာငးရွာကွဲးကို ဝေထာကံပေးရန္တကြက သင့်ထံမ့ ခြငးပီၤကွဲးအပုၤသာအခါ
- သည သင့် PHI ကို သင့်ခြငးပီၤကွဲးပီၤကွဲးပီၤကွဲး ဥပေအရ ခြငးပီၤကွဲးမရဲအခါ အစားဝေအင်္ဂီ(သို) ဝေထာကံပေးသုထံသို
အေဟကကးအမိးမိးဧ်ဟကကး ပေးပိုလိုပါက ကြန့်ပုၤ ကို လိုအပုၤသာအခါ
- သည PHI ကို တစွဲတစုယောကွဲးဖစါ သင့်ရွှေဖေ၊ ဝေထာကံပေး(သို)အစားကိုယွားလွယံသို ပေးပိုလိုသာအခါ

သင့် PHI ဝေပေးခြငးသည ဝေလံာ်ကွဲးတပံုတြင ပါရှိသည ဝေထာကံပေးရန္တကြက အဆငးပေပါသည။ ကြန့်ပုၤ သည
PHI ကို သင့် စာရးပီၤကွဲးသည အတိုငးသာ ဝေပေး ဝေပေးပါသည။ သည ဤခြငးပီၤကွဲး DSHS သို စာပေးပေးပိုမိး
ပယံကွဲးပေးပါသည။ (သို) ဝေဟငးလဲလိုကွဲးပေးပါသည။

PHI ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအခြေခံအချက်အလက်များကို ခိုးမိမိဖောက်ဖျက်ပါက ကြိမ်ညှစ်မှု၊ မဏ္ဍိုင်၊ တရားရမည့်အမှုများ။

သင့်၏ PHI ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအခြေခံအချက်အလက်များကို ခိုးမိမိဖောက်ဖျက်ပါက သင့်အား တိုင်းစားစာတစ်စုစီ၊ စုစည်းတရားပေးပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 သို့မဟုတ် DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့်ပေးပို့ပါ။ သင့်၏ တိုင်းစားစာတစ်စုစီ၊ စုစည်းထားသော အချက်အလက်များ DSHS သို့မဟုတ် သင့်၏ အချက်အလက်များကို ရယူမှုအခင်း(သို့မဟုတ်) ဝေဖန်ခြင်းအခင်းများကို ပြောဆိုရမည်။ သင့်၏ အချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိမှုအခင်း တို့ကိုလည်း ဖော်ပြရမည်။

သို့မဟုတ်

သင့်၏ တိုင်းစားစာကို အောက်ဖော်ပြပါ ဝက်ဆိုက်မှ အချက်အလက်များ တွေ့ရှိပါက-

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf (သို့မဟုတ်) လူ့အခြေခံအချက်အလက်ရရှိမှု၊ Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, (800) 368-1019 သို့မဟုတ် စာမတူပေးပို့ပါ။ DHHS သို့မဟုတ် ရောဂါကုသရေးအဖွဲ့အစည်းများအားဖြင့် ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များ ဝေဖန်ခြင်းခံရမှု၊ ရက်ပေါင်း ၁၈၀ အကြောင်း၌ ကြိုတင်ပြောဆိုရမည်။

လိမ္မော်အိမ်ထောင်ရေးအဖွဲ့အစည်း ပုဂ္ဂိုလ်ရေးကိစ္စများနှင့်ဆိုင်ရာ DSHS သတိပေးစာ
စက္ကန့်လ ၂၃၇၇၊ ၂၀၁၃ ခုနှစ်မှ စတင်သက်ဆိုင်မှု

အသိပေးခံကု

Acknowledgement

(DSHS သည့်ကိစ္စနှင့်ဆိုင်ရာကိစ္စများကို ပေးပို့ပေးသောအခါ လိုအပ်သည့်အရာများ)

ဝေလွှာထားသူအမည်	ဝေလွှာထားသူ ဝေမြေးသက်ရာနေ
-----------------	---------------------------

ကပြောပြသည့် DSHS ပုဂ္ဂိုလ်ရေးအသိပေးစာ မိတ်တုံ့ကို လက်မှတ်ရေးထိုးပါက DSHS ကို အသုံးပြု/အသုံးပြုနေသည့်အခါ
ကပြောပြသည့်ကိစ္စများကို ကိစ္စများအား ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ပေးမည့်အခါ စွဲလမ်းသည့် ဝေမြေးခံကုပေးရန်ကြံ့
အခြေအရရှိပါသည်။

ဝေလွှာထားသူ(သို့) ကိုယ့်အရေးအရာရှိ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
--	--------

FOR DSHS USE ONLY (DSHS သာ အသုံးပြုရန်ကြံ့)

To be completed if unable to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
STAFF'S SIGNATURE	DATE