

**សេចក្តីជូនដំណឹង DSHS នៃការអនុវត្តកិច្ចការ**  
**សម្រាប់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជម្ងឺ**  
**DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information**  
**ចាប់មានប្រសិទ្ធភាព នៅថ្ងៃទី 23 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ2013**

DSHS ត្រូវតែជម្រាបជូនព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិកិច្ចការរបស់អ្នករបស់យើង និងទំនួលខុសត្រូវលើព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក (HIPAA) ។ (45 CFR 164.520) ។ DSHS គឺជា “អង្គការកូនកាត់” មួយ ។ មិនមែនទាំងអស់នៃ DSHS ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ HIPAA មានតែកម្មវិធីដែលចុះបញ្ជីជាសមាសធាតុថែទាំសុខភាពលើគេហទំព័រ [DSHS](#) ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ HIPAA ។ ការជូនដំណឹងនេះអនុវត្តតែចំពោះព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានប្រើដោយកម្មវិធីមានការធានាទាំងនោះ ។ ការជូនដំណឹងនេះមិនមែនជា ដំណោះស្រាយទំនួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មរបស់ DSHS ឡើយ ។

**ការជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ និងពីរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ ។ សូមពិនិត្យមើលវាឡើងវិញដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ។**

- តើ PHI ជាអ្វី?** ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI) គឺជាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជម្ងឺដែលកាន់កាប់ដោយផ្នែកនៃ DSHS ដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ HIPAA ។ PHI គឺជាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលភ្ជាប់ទៅអ្នកអំពីស្ថានភាព ឬលក្ខខណ្ឌសុខភាព របស់អ្នក ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកទទួល ឬការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ។ DSHS ត្រូវតែការពារ PHI របស់អ្នកដោយច្បាប់ ។
- តើ PHI អ្វីដែល DSHS មានអំពីខ្ញុំ?** ដើម្បីជួយយើងបម្រើដល់អ្នក អ្នកអាចត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពដែលមានរួមទាំងទីតាំង ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ ឬកំណត់ត្រា វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ។ យើងក៏អាចទទួលបាន PHI ផងដែរអំពីអ្នកពីប្រភពផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានតម្រូវដើម្បីបម្រើដល់អ្នក ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក ។
- នរណាឃើញ PHI របស់ខ្ញុំ?** យើងឃើញតែចំនួនតិចបំផុតនៃ PHI ដែលយើងត្រូវការដើម្បីធ្វើការងាររបស់យើង ។ យើងអាចចែកចាយ PHI ជាកម្មវិធី ឬ បុគ្គលផ្សេងទៀត ប្រសិនបើត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ឬ ត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយអ្នក ។ ឧទាហរណ៍ PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ ឱ្យ និងត្រូវបានប្រើដោយអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីសម្របសម្រួល និងបង់ថ្លៃ ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ។ យើងអាចចែកចាយ PHI ពីអតីតកាល បច្ចុប្បន្ន ឬអនាគត ។
- តើ DSHS ចែកចាយ PHI អ្វី?** យើងចែកចាយតែ PHI របស់អ្នក ដែលអ្នកដទៃត្រូវការធ្វើការងាររបស់ពួកគេ និងដូចដែលត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ ។ អ្នកអាច ស្នើសុំបញ្ឈប់ការចែកចាយនៃ PHI ដែលបានមើល PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងមួយចំនួន ។
- តើ DSHS ចែកចាយ PHI នៅពេលណា?** យើងចែកចាយ PHI លើ “មូលដ្ឋានត្រូវដឹង” មួយ ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មផ្សេងៗ និងសម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ថ្លៃ និង ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាចចែកចាយព័ត៌មានដើម្បីសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើ៖
- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវតែត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ។
  - យើងអាចបង់ថ្លៃសេវាកម្មតាមរយៈអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ។
  - អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី DSHS ។
  - ការថែទាំដែលអ្នកអាចទទួលបានពីអ្នកផ្តល់ការថែទាំបំពេញតាមបទដ្ឋានច្បាប់ ។
- តើខ្ញុំអាចឃើញ PHI របស់ខ្ញុំបានទេ?** អ្នកប្រហែលជាអាចឃើញ PHI របស់អ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ PHI របស់អ្នក ។ DSHS គិតថ្លៃអ្នកសម្រាប់ច្បាប់ចម្លង ។
- តើខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរ PHI របស់ខ្ញុំបានទេ?** ប្រសិនបើអ្នកគិតថា PHI របស់អ្នកមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរ ឬ បន្ថែម PHI ថ្មីបាន ។ អ្នកក៏ប្រហែលជាអាចស្នើសុំ យើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅអ្នកដទៃ ដែលមានច្បាប់ចម្លង PHI របស់អ្នកផងដែរ ។
- ចុះដូចម្តេចដែរ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ ផ្សេងទៀតត្រូវការ PHI របស់ខ្ញុំ?** អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទមួយដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យយើងចែកចាយ PHI របស់អ្នក ប្រសិនបើ៖
- យើងត្រូវការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងៗ ឬ ការថែទាំ
  - អ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើ PHI របស់អ្នកទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងមួយទៀតសម្រាប់ហេតុនានាដែលមិនត្រូវបាន អនុញ្ញាតដោយច្បាប់ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក
  - អ្នកចង់ឱ្យ PHI ត្រូវបានធ្វើទៅអ្នកនរណាម្នាក់ផ្សេង ដូចជាមេធាវីរបស់អ្នក សាច់ញាតិ ឬអ្នកគំណាងផ្សេងទៀត ។
- ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកចំពោះការចែកចាយ PHI របស់អ្នកគឺល្អត្រឹមត្រូវទម្រង់ដល់កាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយដែលអ្នកដាក់លើទម្រង់ បែបបទនេះ ។ យើងអាចត្រឹមតែចែកចាយ PHI ដែលអ្នកចុះបញ្ជីណោះ ។ អ្នកអាចលុបចោល ឬផ្លាស់ប្តូរការអនុញ្ញាតនេះជា លាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ DSHS

សេចក្តីជូនដំណឹង **DSHS** នៃការអនុវត្តកិច្ចការសម្រាប់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជម្ងឺ  
ចាប់មានប្រសិទ្ធភាព នៅថ្ងៃទី23 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ2013

តើ **DSHS** អាចចែកចាយ **PHI** របស់ខ្ញុំ  
ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដែរទេ?

**DSHS** អាចចែកចាយ **PHI** ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកក្នុងកាលៈទេសៈមួយចំនួន ។ តាមច្បាប់ យើងអាចត្រូវបាន  
តម្រូវ ឬ អនុញ្ញាតឱ្យចែកចាយ **PHI** របស់អ្នក ។ ឧទាហរណ៍មួយចំនួនរួមមានសេចក្តីត្រូវការដើម្បី៖

- រាយការណ៍ពីឧបទ្វេហេតុផ្សេងៗនៃការបំពានលើកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យ ឬ ការមិនអើពើនឹងសេវាកំរិតកុមារ ប៉ូលីស ឬ  
ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ។
- ផ្តល់កំណត់ត្រាស្ថិតក្រោមដីកាគុណាការ ។
- ផ្តល់ **PHI** ឱ្យទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដែលពិនិត្យមើលប្រតិបត្តិការ **DSHS** ឡើងវិញ ។
- ចែកចាយ **DPHI** ជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងៗ ដែលផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ និងអង្កេតមើលមន្ទីរវេជ្ជសាស្ត្រនានា ដូចជា  
មណ្ឌលមើលថែព្យាបាល និងមន្ទីរពេទ្យ ។
- ចែកចាយ **PHI** ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតក្នុងការថែទាំអ្នក ឬ ដូចដែលត្រូវបានតម្រូវ ដើម្បីកំណត់ថាតើ  
អ្នកមានសិទ្ធិអាចទទួលបានសេវាកម្ម ឬ ផលប្រយោជន៍ផ្សេងៗដែរទេ ។
- ផ្តល់ **PHI** ឱ្យអាណាព្យាបាល ឬ ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកជម្ងឺ ។
- ប្រើប្រាស់ **PHI** សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ។
- ប្រើប្រាស់ ឬ បង្ហាញ **PHI** ក្នុងករណីនៃភាពអាសន្ន ឬ សម្រាប់គោលបំណងដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពសាធារណៈ ។

តើខ្ញុំអាចដាក់ការកម្រិតផ្សេងៗលើការ  
ចែកចាយ **PHI** របស់ខ្ញុំ និងរបៀបដែលខ្ញុំ  
ទទួលបានវាដែរទេ?

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងកម្រិតការប្រើប្រាស់ និងការចែកចាយ **PHI** របស់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនចាំបាច់ត្រូវតែយល់ព្រមឡើយ ។  
អ្នកអាចស្នើសុំផងដែរឱ្យយើងធ្វើ **PHI** របស់អ្នកទៅឱ្យអ្នកក្នុងទម្រង់ផ្សេងមួយទៀត ឬ ទៅកាន់ទីតាំងផ្សេងមួយទៀត ។

តើអ្វីទៅជាការបំពាន?

ការបំពានគឺជាការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ **PHI** របស់អ្នក ដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតស្ថិតក្រោម **HIPAA** ដែលរួមមាន  
ការបាត់បង់ដោយចោរលួច កំហុស ឬ ការលួចលុប ។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកតាមអ៊ីមែល ប្រសិនបើមានការបំពានលើ  
**HIPAA** របស់អ្នកស្ថិតក្រោម **HIPAA** ។

តើខ្ញុំអាចមានមួយច្បាប់ចម្លងនៃការជូនដំណឹង  
នេះដែរទេ?

អាចមាន ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺជាប្រសិទ្ធភាពដើម្បីរក្សាទុក ។ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការជូនដំណឹងតាមអេឡិចត្រូនិច អ្នកអាច  
ស្នើសុំជាច្បាប់ក្រដាស ហើយយើងនឹងផ្តល់មួយឱ្យអ្នក ។

តើដូចម្តេច ប្រសិនបើការអនុវត្តកិច្ចការ  
**PHI** ផ្លាស់ប្តូរ?

យើងអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យអនុវត្តតាមសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។ យើងមានសិទ្ធិក្នុងការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។ ប្រសិនបើច្បាប់  
ឬ ការអនុវត្តកិច្ចការរបស់យើងផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការជូនដំណឹងថ្មី និងកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកវា ឬ ធ្វើវាឱ្យ  
អ្នក ។

តើខ្ញុំត្រូវទាក់ទងអ្នកណា ប្រសិនបើខ្ញុំមាន  
សំណួរនានាអំពីការជូនដំណឹងនេះ ឬសិទ្ធិ  
**PHI** របស់ខ្ញុំ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីការជូនដំណឹងនេះ អ្នកអាចទាក់ទងមន្ត្រីកិច្ចការ **DSHS** តាម  
[DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) ឬ (360) 902-8278 ។

តើខ្ញុំរាយការណ៍ពីការបំពានលើ  
សិទ្ធិកិច្ចការ **PHI**  
របស់ខ្ញុំដោយរបៀបណា?

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា សិទ្ធិកិច្ចការ **PHI** របស់អ្នកត្រូវបានគេបំពានលើ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ៖  
មន្ត្រីកិច្ចការ **DSHS** នៃក្រសួងសេវាសង្គម និងសុខុមាលភាព (**DSHS Privacy Officer, Department of  
Social and Health Services**) PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 ឬ តាមអ៊ីមែលទៅ  
[DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov) ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹង **DSHS** នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរ  
ឬបញ្ឈប់សេវារបស់អ្នក និងមិនត្រូវតបតម្រូវនឹងអ្នកឡើយ ។

ឬ

ដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកលើបណ្តាញនេះ៖ [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) ឬ  
ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់៖ ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល នៃ ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងប្រជាជន នៅ (Office for Civil  
Rights, US Department of Health and Human Services) 200 Independence Avenue,  
S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, ទូរស័ព្ទ (800) 368-1019 ។  
រាល់បណ្តឹងណាមួយ ចំពោះ **DHHS** ត្រូវតែបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃនៃការបំពានកិច្ចការដែលបានប្រកាស ។



សេចក្តីជូនដំណឹង DSHS នៃការអនុវត្តឯកជនភាពសម្រាប់ព័ត៌មានសម្ងាត់  
ចាប់មានប្រសិទ្ធភាព នៅថ្ងៃទី23 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ2013

ការទទួលស្គាល់

**Acknowledgement**

(ត្រូវបានតម្រូវ នៅពេល DSHS ផ្តល់ការព្យាបាលថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់)

ឈ្មោះរបស់អតិថិជន	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជម្ងឺ
------------------	---------------------------

ខ្ញុំបានទទួលមួយច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងឯកជនភាព **DSHS** និងមានឱកាសក្នុងការសួរសុំណូវផ្សេងៗអំពីរបៀបដែល **DSHS** នឹងប្រើប្រាស់ និងចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន	កាលបរិច្ឆេទ
---	-------------

**FOR DSHS USE ONLY**

**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
-------------------	------