



**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

Գաղտնիության  
պահպանման  
գործելակերպի ծանուցագիր



ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ԵՎ ԱՐՄԱՆՈՒՄԸ ԵՍ ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՀԵՏ ԿԱՊԱՍԾ ՁԵՋ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ԲԺՇԿԱԿԱՆ, ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԵՎ ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ, ԵՎ ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՁԵՌՔ ԲԵՐԵԼ ԱՅՍ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ: **ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐԵԼ ԱՅՆ:**

Լուս Անջելես վարչաշրջանի Տեղային նախաձեռնության առողջապահական իշխանությունը, որը L.A. Care Health Plan (L.A. Care) անվան տակ գործող հասարակական միավորում է, ձեզ առողջական խնամքի նպաստներ և ապահովագրություն է տրամադրում նահանգային, դաշնային և առևտրային ծրագրերի միջոցով: Ձեր Պաշտպանված առողջական տեղեկությունը (protected health information, PHI) պահպանելը կարևոր է մեզ համար: L.A. Care-ը պարտավոր է տրամադրել ձեզ այս ծանուցագիրը ձեր իրավունքների և մեր որոշակի պարտականությունների մասին՝ կապված ձեր PHI-ն ապահով պահելու հետ, ներառյալ՝ Կալիֆորնիա նահանգի գործելակերպի ծանուցագիրը և Առողջության ապահովագրության դյուրատարության և հաշվետվողականության ակտի (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) գործելակերպի ծանուցագիրը: Այս ծանուցագիրը բացատրում է, թե ինչպես ենք մենք օգտագործում և կիսում ձեր PHI-ը: Այն նաև բացատրում է, թե որոնք են ձեր իրավունքները: Հնարավոր է, որ նահանգային օրենքի ներքո դուք լրացուցիչ կամ ավելի խիստ իրավունքներ ունենաք:

## I. Ձեր PHI-ն անձնական և գաղտնի է:

L.A. Care-ն ստանում է ձեզ նույնականացնող PHI-ը, ինչպես օրինակ՝ ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները, անձնական փաստերը և ֆինանսական տեղեկությունը, տարբեր աղբյուրներից, այս թվում՝ նահանգային, դաշնային և տեղական գործակալություններից, այն բանից հետո, երբ իրավասու եք դառնում, կցվում եք և/կամ անդամագրվում եք L.A. Care ծրագրի: Մենք նաև ստանում եք ձեր կողմից տրամադրված PHI-ը: Բացի դրանից, մենք PHI ենք ստանում առողջական խնամքի մատակարարներից, ինչպիսիք են՝ բժիշկները, կլինիկաները, հիվանդանոցները, լաբորատորիաները և ապահովագրության այլ կազմակերպությունները կամ վճարողները: Մենք օգտագործում ենք այս տեղեկությունը ձեր առողջական խնամքը համակարգելու, հաստատելու, դրա համար վճարելու և այն բարելավելու համար, ինչպես նաև ձեզ հետ հաղորդակցվելու համար: Մենք չենք կարող օգտագործել ձեր մասին ընդհանուր տվյալները՝ որոշելու համար, թե արդյոնք կարող ենք ապահովագրել ձեզ կամ որոշել այդ ապահովագրության արժեքը: Երբեմն մենք տեղեկություններ ենք ստանում ձեր ռասայի, էթնիկական պատկանելիության և լեզվի մասին: Մենք կարող ենք օգտագործել այս տեղեկությունները՝ ձեզ օգնելու, ձեզ հետ հաղորդակցվելու և ձեր կարիքները որոշելու համար, օրինակ՝ ձեր նախընտրած լեզվով ձեզ կրթական նյութերի տրամադրում կամ ձեզ անվճար բանավոր թարգմանչական ծառայությունների մատուցում: Մենք օգտագործում և կիսում ենք այս տեղեկություններն այնպես, ինչպես նշված է այս ծանուցագրում: Մենք չենք օգտագործում այս տվյալները՝ որոշելու համար, թե արդյոնք կարող ենք ապահովագրել ձեզ կամ որոշել այդ ապահովագրության արժեքը:

## II. Ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր PHI-ը

L.A. Care-ը նվիրված է ձեր PHI-ի պաշտպանության գործին: Մենք գաղտնի և ապահով ենք պահում մեր ներկա և անցյալ անդամների PHI-ը՝ համաձայն օրենքի և լիազորագրման նորմաների: Մենք օգտագործում ենք ֆիզիկական և էլեկտրոնային երաշխիքներ, և մեր անձնակազմը կանոնավոր կերպով վերապատրաստում է անցնում PHI-ն օգտագործելու և կիսելու վերաբերյալ: PHI-ն ապահով պահելու մի քանի ձևերից են՝ գրասենյակների, սեղանների և փաստաթղթերի պահարանների կողպումը, համակարգիչների և էլեկտրոնային սարքերի պաշտպանությունը գաղտնաբառերով, և միայն անհրաժեշտ տեղեկության տրամադրումն անձնակազմին, որպեսզի կատարեն իրենց աշխատանքը: Երբ պահանջվում է օրենքով, մեզ հետ աշխատող բիզնես գործընկերները պարտավոր են նույնպես պաշտպանել իրենց տրամադրած PHI-ի գաղտնիությունը և չեն կարող ուրիշներին փոխանցել PHI-ը, բացի օրենքով և այս ծանուցագրով թույլ տրվող դեպքերից: Ինչպես պահանջվում է օրենքով՝ մենք կտեղեկացնենք ձեզ, եթե ձեր PHI-ի բացթողում տեղի ունենա: Մենք կհետևենք այս ծանուցագրին և չենք օգտագործի կամ կիսի ձեր տեղեկությունները, բացի այս ծանուցագրում նկարագրված ձևերից, կամ նահանգային և դաշնային օրենքներին համապատասխան կամ համաձայն ձեր թույլտվության:

## III. Այս Գաղտնիության պահպանման գործելակերպի ծանուցագրի փոփոխությունները

L.A. Care-ը պարտավոր է հավատարիմ մնալ ներկայումս մեր օգտագործած ծանուցագրին: Մենք իրավունք ունենք ցանկացած պահի փոխել գաղտնիության պահպանման գործելակերպի այս ծանուցագիրը: Կատարված որևէ փոփոխություն կտարածվի ձեր ամբողջ PHI-ի վրա, ներառյալ փոփոխությունից առաջ մեր ունեցած PHI-ը: Մենք կտեղեկացնենք ձեզ այս փոփոխությունների մասին տեղեկատու թերթիկով, նամակով կամ մեր կայքի միջոցով: Դուք նույնպես կարող եք խնդրել նոր ծանուցագրի պատճենը: Տեսեք ներքևում մեր կոնտակտային տվյալները:

## IV. Ինչպես կարող ենք օգտագործել և կիսել ձեր PHI-ը

L.A. Care-ը հավաքում, օգտագործում և կիսում է մեզ տրամադրված PHI-ը՝ համաձայն օրենքի, բուժման, վճարման և առողջական խնամքի գործողությունների նպատակով, որոնք կապված են այն ծրագրի հետ, որին դուք անդամագրվել եք: Մեր կողմից օգտագործվող և կիսվող PHI-ը ներառում է, սակայն չի սահմանափակվում հետևյալով՝

- Անուն,
- Լասցե,
- Ծննդյան ամսաթիվ,
- Ստացված խնամք և բուժում,
- Առողջության պատմություն,
- Խնամքի արժեք/վճարում,
- Ռասա/էթնիկական պատկանելություն,
- Լեզու,
- Ծննդյան պահին նշանակված սեռ,
- Գենդերային ինքնություն,
- Սեռական կողմնորոշում և
- Դերանուններ:

## **PHI-ն օգտագործելու և կիսելու մեր տիպական եղանակները.**

Մենք սովորաբար օգտագործում և կիսում ենք PHI-ը հետևյալ կերպ.

- **Բուժում. մենք բուժում չենք տրամադրում,** սակայն մենք կարող ենք օգտագործել և կիսել PHI-ը ձեզ խնամք, բուժում և այլ ծառայություններ առաջարկող առողջական խնամքի և այլ ծառայությունների մատակարարի հետ, ինչպես օրինակ՝ բժիշկների, հիվանդանոցների, տնական օգտագործման բժշկական սարքերի մատակարարների և այլոց հետ, ինչպես նաև ձեզ օգտակար տեղեկություններ հաղորդելու նպատակով:
- **Վճարում.** մենք կարող ենք օգտագործել և կիսել PHI-ն առողջական խնամքի մատակարարների, ծառայությունների մատակարարների և այլ ապահովագրողների և վճարողների հետ, որպեսզի մշակենք վճարման հայցերը և վճարենք ձեզ տրամադրած առողջական ծառայությունների համար:
- **Առողջական խնամքի գործառույթներ.** մենք կարող ենք օգտագործել և կիսել PHI-ը մեր կազմակերպության գործունեության նպատակներով և, անհրաժեշտության դեպքում, ձեզ դիմելու համար, օրինակ՝ հաշվետվության ստուգման, որակի բարելավման, խնամքի տնօրինման, խնամքի համակարգման և օրական գործառույթների համար: Մենք կարող ենք նաև օգտագործել կամ կիսել PHI-ը նահանգային, դաշնային և վարչաշրջանային ծրագրերի հետ՝ մասնակցության և ծրագրի կառավարման նպատակով:

## **PHI-ի օգտագործման մի քանի օրինակ.**

- Բժշկին կամ հիվանդանոցին տեղեկությունների տրամադրում՝ ձեր նպատակները, համավճարը կամ հանելի գումարը հաստատելու համար:
- Նախօրոք խնամքը հաստատելու համար:
- Ձեր ստացած առողջական խնամքի ծառայությունների կամ բուժման հայցերը մշակելու և վճարելու համար:
- Ձեր բժշկին կամ հիվանդանոցին PHI-ի տրամադրում ձեզ բուժելու համար:
- Ձեր ստացած խնամքի և ծառայությունների որակի վերանայման համար:
- Ձեզ օգնելու համար, ինչպես նաև ձեզ կրթական և առողջությունը բարելավելու տեղեկություններ և ծառայություններ տրամադրելու նպատակով, օրինակ՝ շաքարախտի պես վիճակների դեպքում:
- Ձեզ հետաքրքրող և/կամ օգնող լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ծրագրերի մասին ձեզ տեղեկացնելու համար, օրինակ՝ ֆիթնես դասընթաց L.A. Care Ընտանիքի աղբյուրների կենտրոնում:
- Ձեզ հիշեցնելու համար, որ անցնեք առողջության կանոնավոր գնահատումներ, գնումներ կամ ստուգումներ:
- Որակի բարելավման ծրագրեր և նախաձեռնություններ մշակելու համար, ներառյալ նույնականացնող տվյալներ չսպարոնակող տեղեկությունների ստեղծում, օգտագործում կամ կիսում՝ համաձայն HIPAA-ի:

- Առողջական տեղեկությունների շուկաների հետ տեղեկություններն ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն կիսելու և օգտագործելու համար՝ բուժման, վճարման և առողջական խնամքի գործառույթների նպատակով:
- Խարդախության, վատնման կամ չարաշահման դեպքերը հետախուզելու և դատական կարգով հետապնդելու համար:

## V. PHI-ն օգտագործելու և կիսելու այլ եղանակներ

Մեզ թույլ է տրվում կամ մեզանից պահանջվում է կիսել ձեր PHI-ն այլ եղանակներով, սովորաբար ի օգուտ հանրության, օրինակ՝ հանրային առողջության կամ հետազոտության համար: Մենք կարող ենք օգտագործել կամ կիսել ձեր PHI-ը հետևյալ լրացուցիչ նպատակներով.

- Նահանգային, դաշնային կամ տեղական օրենքներին համապատասխանելու համար:
- Ենթարկվելու համար մի հայտի, որը ստացել ենք իրավապաշտպան գործակալությունից, օրինակ՝ ոստիկանություն, զինված ուժեր կամ ազգային անվտանգության գործակալություն, կամ դաշնային, նահանգային կամ տեղական պետական գործակալություն կամ մարմին, օրինակ՝ աշխատավորների փոխհատուցման խորհուրդ կամ առողջապահության վերահսկման գործակալություն՝ օրենքով, դատարանով կամ վարչական հրամանով լիազորված գործողությունների համար:
- Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնին պատասխանելու համար, եթե այն ցանկանում է տեսնել, որ մենք համապատասխանում ենք դաշնային գաղտնիության օրենքին:
- Ապրանքների հետկանչի հետ կապված օգնության համար:
- Դեղամիջոցների բացասական ազդեղությունները զեկուցելու համար:
- Չարաշահում, անտեսում կամ ընտանեկան բռնություն զեկուցելու համար՝ ինչպես պահանջվում կամ թույլ է տրվում օրենքով:
- Առողջական խնամքի հետազոտությունների համար:
- Օրգանի կամ հյուսվածքի նվիրատվության հայտին պատասխանելու և բժշկական քննիչի կամ թաղման տնօրենի հետ համագործակցելու համար:
- Կապված գանգատների, հետախուզությունների, դատական գործերի և իրավական գործողությունների հետ:
- Որևէ մեկի առողջությանը կամ անվտանգությանն սպառնացող լուրջ վտանգը կանխելու կամ նվազեցնելու համար:

## VI. Զեզ հետ հաղորդակցվելը

Մենք կարող ենք օգտագործել PHI-ը ձեզ կամ ձեր կողմից նշանակված անձի հետ հաղորդակցվելու համար՝ կապված նպաստների, ծառայությունների, ձեր առողջական խնամքի մատակարարին ընտրելու, գանձումների և վճարումների հետ: Զեզ հետ հաղորդակցվելիս L.A. Care-ը հետևում է կիրառելի օրենքներին, այդ թվում՝ Հեռախոսային սպառողի պաշտպանության ակտին (Telephone Consumer Protection ACT, TCPA): Մենք կարող ենք հաղորդակցվել ձեզ հետ նամակների, տեղեկատու թերթիկների, բրոշյուրների միջոցով, ինչպես նաև հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսագանգեր:** Եթե տրամադրել եք մեզ ձեր հեռախոսահամարը (ներառյալ, եթե խնամակալը կամ նշանակված անձը տրամադրել է իր հեռախոսահամարը), այդ թվում՝ ձեր բջջային հեռախոսի համարը, մենք, ներառյալ մեր մասնաճյուղերը և կապալառուները՝ մեր անունից, կարող ենք գանգահարել ձեզ, ներառյալ՝ օգտագործելով հեռախոսահամարի ավտոմատ հավաքման համակարգ/ կամ արհեստական ձայն՝ համաձայն կիրառելի օրենքների: Զեր բջջային հեռախոսի օպերատորը կարող է վարձ գանձել մտնող գանգերի համար: Խնդրում ենք դիմել ձեր բջջային հեռախոսի օպերատորին այս տեղեկությունն ստանալու համար: Եթե չեք ցանկանում, որ ձեզ հետ այսպես կապվեն, ապա խնդրում ենք տեղեկացնել գանգողին այդ մասին կամ դիմեք մեզ, որպեսզի գրանցենք ձեզ մեր Մի գանգահարեք ցուցակում:
- **Տեքստային հաղորդագրություններ:** Եթե տրամադրել եք մեզ ձեր բջջային հեռախոսի համարը (ներառյալ, եթե խնամակալը կամ նշանակված անձը տրամադրել է իր հեռախոսահամարը), ապա որոշակի նպատակներով, ինչպիսիք են՝ հիշեցումները, բուժման տարբերակները, ծառայությունները և ապահովագնի վճարման հիշեցումները կամ հաստատումները, մենք, ներառյալ մեր մասնաճյուղերը և կապալառուները՝ մեր անունից, կարող ենք ձեզ տեքստային հաղորդագրություններ ուղարկել՝ համաձայն կիրառելի օրենքների: Զեր բջջային հեռախոսի օպերատորը կարող է վարձ գանձել մտնող հաղորդագրություններ համար: Խնդրում ենք դիմել ձեր բջջային հեռախոսի օպերատորին այս տեղեկությունն ստանալու համար: Եթե որևէ պահի չեք ցանկանում տեքստային հաղորդագրություններ ստանալ, խնդրում ենք հետևել հաղորդագրությունում նշված ապագրանցման հրահանգներին, կամ խնդրում ենք պատասխանել «STOP», որպեսզի դադարեք նման հաղորդագրություններ ստանալ:

- **Էլ. փոստ:** Եթե տվել եք մեզ ձեր էլ. փոստի հասցեն (ներառյալ, եթե ինամակալը կամ նշանակված անձը տրամադրել է իր էլ. փոստի հասցեն), ապա որոշակի սահմանափակ նպատակներով, օրինակ՝ ձեզ անդամագրման, անդամի, մատակարարի և կրթական նյութեր, կամ վճարումների հիշեցումներ կամ հաստատումներ ուղարկել համար, եթե դուք համաձայն եք ստանալ դրանք էլեկտրոնային ձևաչափով, մենք ձեզ էլ. նամակ կուղարկենք: Ձեր ինտերնետի, կամ էլ. փոստի, կամ բջջային հեռախոսի օպերատորը կարող է վարձ գանձել էլ. նամակներ ստանալու համար: Խնդրում ենք դիմել ձեր ինտերնետի, կամ էլ. փոստի, կամ բջջային հեռախոսի օպերատորին այս տեղեկությունն ստանալու համար: Դուք հաստատում եք և համաձայն եք, որ եթե օգտվում եք ոչ գաղտնագրված էլ. փոստի հասցեից և/կամ համակարգից, կամ միանում եք ձեր էլ. փոստին բջջային սարքից, կամ կիսում եք էլ. փոստը, կամ համակարգիչը, կամ բջջային հեռախոսը, ապա վտանգ կա, որ ձեր PHI-ն կարող է կարգալ երրորդ կողմը, և դուք ընդունում եք նման վտանգները, և հրաժարվում եք օրենքով սահմանված որևէ պաշտպանություններից: Եթե որևէ պահի չեք ցանկանում էլ. փոստով հաղորդագրություններ ստանալ, խնդրում ենք հետևել "Unsubscribe" (Ապագրանցման) հրահանգներին նամակի ներքևում, որպեսզի դադարեք էլ. փոստով հաղորդակցություն ստանալ:

## VII. Գրավոր թույլատվություն

Եթե մենք ցանկանանք օգտագործել կամ կիսել ձեր PHI-ն այս ծանուցագրում չնշված որևէ նպատակով, մենք պետք է ստանանք ձեր գրավոր թույլատվությունը: Օրինակ, շուկայահանման կամ վաճառքի նպատակով PHI-ի օգտագործումը կամ կիսումը պահանջում է ձեր գրավոր թույլատվությունը: Եթե օգտագործենք կամ կիսենք հոգեբուժական գրառումներ, նույնպես մեզ հարկավոր կլինի ձեր թույլատվությունը: Եթե մեզ թույլատվություն եք տալիս, ապա կարող եք ցանկացած պահի գրավոր չեղարկել այն, և մենք այլևս չենք օգտագործի կամ կիսի ձեր PHI-ն այդ նպատակով՝ սկսած ձեր հայցի մշակման ամսաթվից: Սակայն, եթե մենք արդեն օգտագործել կամ կիսել ենք ձեր PHI-ը՝ ձեր թույլատվությամբ, հնարավոր է, որ չկարողանանք չեղարկել որևէ գործողություն, որն իրականացվել է նախքան ձեր թույլատվության չեղարկումը:

## VIII. Ձեր իրավունքները

Դուք որոշակի իրավունքներ ունեք ձեր PHI-ի հետ կապված, և թե ինչպես այն կարող է օգտագործվել և կիսվել: Դուք իրավունք ունեք.

- **Ստանալ առողջության և հայցերի արձանագրությունների պատճենը:** Կարող եք խնդրել տեսնել և պատճենել ձեր PHI-ը: Մենք կտրամադրեք ձեր առողջության և հայցերի արձանագրությունների պատճենը կամ ամփոփումը: Կարող են լինել որոշակի տեղեկություններ և արձանագրություններ, որոնք մենք չենք կարող է բացահայտել համաձայն օրենքի, կամ հնարավոր է, չկարողանանք տրամադրել որոշակի տեղեկություններ հատուկ ձևերով, ձևաչափերով կամ միջոցներով: Մենք կարող ենք ողջամիտ գումար գանձել ձեր PHI-ը պատճենելու և փոստով ուղարկելու համար:

*L.A. Care-ը չի պահում ձեր բժշկական արձանագրությունների ամբողջական պատճենը: Խնդրում ենք դիմել ձեր առողջական խնամքի մատակարարին, եթե ցանկանում եք տեսնել, պատճենել կամ ուղղել ձեր բժշկական արձանագրությունները:*

- **Խնդրել մեզ ուղղել առողջության և հայցերի արձանագրությունները:** Եթե կարծում եք, որ ձեր PHI-ում սխալ կա, կարող եք խնդրել մեզ ուղղել այն: Հնարավոր է, որևէ տեղեկություն լինի, որը մենք չենք կարող փոխել, օրինակ՝ բժշկի ախտորոշումը: Այդ դեպքում մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք: Եթե ուրիշ մեկն է մեզ տեղեկություն տվել, օրինակ՝ ձեր բժիշկը, ապա մենք կտեղեկացնենք ձեզ, որպեսզի խնդրեք նրան ուղղել այն:
- **Խնդրել, որ մենք գաղտնի ձևով հաղորդակցվենք ձեզ հետ:** Կարող եք խնդրել, որ ձեզ հետ հատուկ ձևով կապվենք (օրինակ՝ տան կամ գրասենյակի հեռախոսով) կամ նամակներ ուղարկենք մեկ այլ հասցեով: Հնարավոր է, որ ոչ բոլոր խնդրանքները հաստատվեն, սակայն մենք կկատարենք ողջամիտ խնդրանքը:
- **Խնդրել մեզ սահմանափակել օգտագործվող կամ կիսվող տեղեկությունը:** Կարող եք խնդրել մեզ չօգտագործել կամ չկիսել որոշակի առողջական տեղեկություն բուժման, վճարման կամ մեր գործառույթների համար: Համաձայն օրենքի՝ մեզանից չի պահանջվում համաձայնվել ձեր խնդրանքին, և մենք կարող ենք «ոչ» ասել, եթե դա ազդում է ձեր խնամքի, հայցերի վճարման, կարևոր գործառույթների վրա կամ չի համապատասխանում կանոններին, կանոնակարգերին, պետական գործակալության, կամ իրավապաշտպան մարմնի խնդրանքներին, կամ դատական, կամ վարչական հրամանին:
- **Ստանալ նրանց ցուցակը, ու հետ կիսել ենք ձեր PHI-ը:** Կարող եք խնդրել այն ցուցակը (հաշվետվություն), որը ցույց է տալիս, թե քանի անգամ ենք կիսել ձեր առողջական տեղեկությունը, ում հետ ենք կիսել և հակիրճ պատճառը: Մենք տրամադրենք ցուցակը ձեր խնդրած ժամանակահատվածի համար: Համաձայն օրենքի՝ մենք կտրամադրենք առավելագույնը վեց (6) տարվա ցուցակ՝ սկսած ձեր գրավոր հայցի ամսաթվից: Մենք կներառենք բոլոր բացահայտումները, բացի նրանցից, որոնք կապված են բուժման, վճարման և առողջական խնամքի գործառույթների հետ, և բացի որոշ այլ բացահայտումներից, օրինակ, երբ կիսել ենք տեղեկությունը ձեզ հետ կամ ձեր թույլատվությամբ: Մենք կտանք տարեկան մեկ անվճար համարատվություն, բայց կարող ենք տրամաբանական վճար գանձել որևէ հավելյալ խնդրանքի համար:
- **Ստանալ այս գաղտնիության ծանուցագիրը:** Դուք կարող եք զանգահարել մեզ և խնդրել այս ծանուցագրի թղթե պատճենը:
- **Ընտրել որևէ մեկին ձեր անունից հանդես գալու համար:** Եթե որևէ մեկին տվել եք բժշկական լիազորագիր, կամ որևէ մեկը ձեր օրինական խնամակալն է, ապա այդ անձը կարող է ստանձնել ձեր իրավունքները և որոշումներ կայացնել ձեր PHI-ի մասին: Մենք կարող ենք խնդրել ձեզ կամ ձեր նշանակված անձին, որ մեզ տեղեկություններ և փաստաթղթեր տրամադրեք, օրինակ՝ խնամակալության նշանակման դատական հրաման: Դուք կամ ձեր խնամակալը պետք է գրավոր լիազորում լրացնեք: Մանրամասների համար խնդրում ենք դիմել մեզ ներքոնշյալ հեռախոսահամարով:



## IX. Զգայուն ծառայություններ

Անդամից, ով կարող է համաձայնել զգայուն ծառայություններ ստանալուն, չի պահանջվում ստանալ որևէ այլ անդամի թույլտվությունը զգայուն ծառայություններ ստանալու կամ զգայուն ծառայությունների համար հայց ներկայացնելու համար: L.A. Care-ը կուղղորդի զգայուն ծառայությունների վերաբերյալ հաղորդակցություններն անդամի այլընտրանքային նշանակված փոստային հասցեին, էլ. փոստի հասցեին կամ հեռախոսահամարին, կամ նշանակման բացակայության դեպքում՝ անդամի անունով՝ հասցեով կամ հեռախոսահամարով: L.A. Care-ը չպետք է բացահայտի զգայուն ծառայությունների հետ կապված բժշկական տեղեկությունները որևէ այլ անդամի առանց խնամք ստացող անդամի հստակ գրավոր թույլտվության: L.A. Care-ը կընդունի գաղտնի հաղորդակցության հարցումները պահանջվող ձևով և ձևաչափով, եթե այն հեշտությամբ արտադրվում է պահանջվող ձևով և ձևաչափով կամ այլընտրանքային վայրերում: Անդամի խնդրանքը զգայուն ծառայությունների հետ կապված գաղտնի հաղորդակցության համար վավեր կլինի այնքան ժամանակ, մինչև անդամը չչեղարկի հարցումը կամ չներկայացնի նոր հարցում գաղտնի հաղորդակցության համար:

Խնդրում ենք զանգահարել մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված համարով կամ գրել մեզ՝ պարզելու համար, թե ինչպես հայցել վերոնշյալներից ցանկացածը: Դուք պետք է գրավոր խնդրանք ներկայացնեք և մեզ որոշակի տեղեկություն տրամադրեք: Մենք կարող ենք ուղարկել ձեզ ձևաթուղթ(երը):

## X. Գանգատներ

Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պաշտպանել ձեր PHI-ը, դուք իրավունք ունեք մեզ գանգատ ներկայացնել՝ դիմելով մեզ այստեղ՝

L.A. Care Member Services  
1200 West 7th Street,  
Los Angeles, CA 90017

Հեռախոս՝ 1-888.839.9909 TTY/TDD՝ 711

### ***Կարող եք նաև դիմել այստեղ՝***

ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ այցելելով [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) կայքը:

### ***Medi-Cal անդամները կարող են նաև դիմել՝***

Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժնի HIPAA համապատասխանության գրասենյակ՝ այցելելով [dhcs.ca.gov](http://dhcs.ca.gov) կայքը:

## XI. Զեր իրավունքներն օգտագործեք առանց վախի

L.A. Care-ը ձեր դեմ որևէ գործողություն չի ձեռնարկի գաղտնիության ձեր իրավունքներից օգտվելու կամ գանգատ ներկայացնելու համար:

## **XII. Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը**

Այս ծանուցագրի ուժի մեջ մտնելու սկզբնական ամսաթիվն է՝ 2003թ. ապրիլի 14-ը: Այս ծանուցագրի վերջին թարմացման ամսաթիվն է՝ 11/01/22:

## **XIII. Մեզ դիմելը, կամ հարցեր ունենալը, կամ եթե այս ծանուցագիրը ցանկանում եք այլ լեզվով կամ ձևաչափով.**

Եթե հարցեր ունեք այս ծանուցման մասին, կամ եթե օգնություն եք ցանկանում ձեր իրավունքները կիրառելու համար, կամ ցանկանում եք անվճար ստանալ այս ծանուցագիրը մեկ այլ շեմային լեզվով (արաբերեն, հայերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալո կամ վիետնամերեն), խոշոր տառերով, ձայնագրված կամ այլընտրանքային ձևաչափով (խնդրանքի դեպքում), խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել մեզ՝

L.A. Care Member Services  
1200 West 7th Street,  
Los Angeles, CA 90017

Հեռախոս՝ **1-888.839.9909** TTY/TDD՝ **711**  
կամ

L.A. Care Privacy Officer  
L.A. Care Health Plan  
1200 West 7th Street,  
Los Angeles, CA 90017

Հեռախոս՝ **1-888.839.9909** TTY/TDD՝ **711**  
Էլ. փոստ՝ [PrivacyOfficer@lacare.org](mailto:PrivacyOfficer@lacare.org)