



УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ LCSNW

Дата вступления в силу: 16 февраля 2026 года

ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ РАЗЪЯСНЯЕТ:

- **КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**
- **ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ**
- **КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ, А ТАКЖЕ ВАШИХ ПРАВ В ОТНОШЕНИИ ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ**

ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКНУТ КАКИЕ-ЛИБО ВОПРОСЫ, ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (В БУМАЖНОМ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ), А ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЕГО С ДИРЕКТОРОМ ПО ОРГАНИЗАЦИОННОМУ РАЗВИТИЮ ПО ТЕЛЕФОНУ 206-816-3209 ИЛИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ HIPAA@LCSNW.ORG.

Lutheran Community Services Northwest (LCSNW) - это гибридная организация действующая в рамках закона HIPAA. Гибридная организация - это организация, в которой некоторые программы подчиняются закону HIPAA, а другие нет. Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности (NPP) и требования HIPAA применяются только к программам, подпадающим под действие HIPAA.

В LCSNW, Safe Route Immigration (SRI) не работает в рамках закона HIPAA. В состав SRI входят юристы и сотрудники иммиграционной службы, которые занимаются оказанием помощи клиентам в подаче заявлений на изменение иммиграционного статуса и/или других иммиграционных льгот. Все остальные программы LCSNW соответствуют требованиям HIPAA и NPP.

НАШИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ЗАЩИТЕ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ:

Мы понимаем, что ваши медицинские данные — это личная информация, которую по закону мы обязаны защищать. Мы также обязаны предоставить вам данное Уведомление, которому мы должны следовать, и которое объясняет наши обязательства по закону и меры по обеспечению конфиденциальности.

МОЖЕМ ЛИ МЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАЗГЛАШАТЬ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ:

Ниже описано как мы можем использовать и в каких случаях можем разглашать информацию о вашем здоровье. В любых других целях мы не будем использовать или разглашать ваши медицинские данные без вашего на то письменного разрешения. Вы можете отозвать свое разрешение в любое время в письменной форме, хотя часть информации может быть уже разглашена на основании предоставленного вами ранее разрешения.

Уведомление о повторном раскрытии информации. Информация, которую мы раскрываем в соответствии с настоящим Уведомлением, может быть повторно раскрыта лицом или организацией, получившими её, и в таком случае она может утратить защиту, предоставляемую федеральными законами о конфиденциальности, включая закон HIPAA.

А. Использование и разглашение информации в целях лечения, оплаты и производственной деятельности.

- **В целях лечения.** Мы можем использовать и разглашать ваши медицинские данные в рамках лечебных мероприятий. Например, консультанту LCSNW может понадобиться узнать, получаете ли вы другие услуги в LCSNW. В дополнение мы можем участвовать в

сети Health Information Exchange (HIE), которая помогает членам вашей медицинской команды делиться информацией о вашем здоровье, чтобы лучше обслуживать вас.

Например, LCSNW может делиться или получать вашу медицинскую информацию из больниц, лабораторий, провайдеров медицинских услуг, департаментов общественного здравоохранения, планов медицинского обслуживания или вашей медицинской страховки.

- **В целях оплаты.** Мы можем использовать и разглашать ваши медицинские данные при проведении платежных операций. Например, для получения оплаты мы можем предоставить вашему плану медицинского страхования информацию о вашем лечении.
- **В целях производственной деятельности.** Мы можем использовать и разглашать ваши медицинские данные в целях поддержания нашей производственной деятельности. Например, мы можем использовать медицинские данные, чтобы дать оценку нашим услугам.

В. Случаи возможного использования и разглашения ваших медицинских данных при отсутствии возражений с вашей стороны.

- **Напоминания о приеме.** Мы можем использовать и разглашать медицинские данные для того, чтобы связаться с вами и напомнить о назначенном приеме в LCSNW.
- **Альтернативное лечение.** Мы можем использовать и разглашать медицинские данные для того, чтобы рассказать или порекомендовать вам возможные альтернативные варианты лечения, представляющие для вас интерес. Мы попросим вас дать разрешение в том случае, если мы будем получать прямую или косвенную оплату от третьего лица за посредничество в передаче информации.
- **Лица, участвующие в вашем лечении.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные лицу, которое либо участвует в вашем лечении, либо помогает оплатить лечение, кроме того, когда вы ограничиваете такое разглашение.
- **В случае стихийного бедствия.** В случае стихийного бедствия мы можем разглашать ваши медицинские данные в целях поддержки усилий по оказанию помощи, для координации оказания помощи, а также для того, чтобы проинформировать вашу семью о вашем состоянии и местонахождении.
- **Справочники.** Мы можем указывать определенные ограниченные данные о вас, включая ваше имя, место нахождения в учреждении, а также ваше общее состояние (нормальное, стабильное, и т. д.) в нашем справочнике.
- **Мероприятия по сбору средств.** Мы можем использовать и разглашать определенные медицинские данные, чтобы связаться с вами в целях сбора средств. Любые использованные для сбора средств материалы будут включать информацию о том, как можно отказаться от участия в них.

С. Случаи использования и разглашения медицинских данных, когда ваше разрешение не требуется.

- **Согласно закону.** Мы будем разглашать ваши медицинские данные в соответствии с требованиями закона.
- **Здоровье или безопасность.** Мы можем использовать и разглашать ваши медицинские данные человеку, который в состоянии предотвратить или уменьшить серьезную угрозу для здоровья и безопасности вас или общества в целом.
- **Деловые партнеры.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные нашим деловым партнерам, которые выполняют определенные функции или предоставляют услуги от нашего имени.
- **Донорство органов и тканей.** Если вы являетесь донором органов, мы можем разглашать ваши медицинские данные организациям, которые занимаются снабжением органов, организациям по трансплантации органов, либо банкам органов.

- **Военнослужащие и ветераны.** Если вы являетесь членом вооруженных сил, мы можем разглашать ваши медицинские данные в соответствии с требованиями военного командования.
- **Компенсация работникам.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные сотрудникам программ компенсации или других похожих программ.
- **Охрана здоровья населения.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные в целях охраны здоровья населения.
- **Контроль системы здравоохранения.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные контролирующим общественное здравоохранение органам.
- **Судебные процессы и споры.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные, отвечая на судебное или административное постановление, повестку в суд, запрос документов или в рамках иного предусмотренного законом процесса.
- **Правоохранительные органы.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные правоохранительным органам в соответствии с законом.
- **Исследования.** Мы можем использовать и разглашать ваши медицинские данные для проведения исследований в соответствии с законом.
- **Следователи, медицинские эксперты и уполномоченные похоронного бюро.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные следователям, судебно-медицинским экспертам, а также уполномоченным похоронного бюро в случае необходимости.
- **Национальная безопасность и разведывательная деятельность.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные федеральным чиновникам для целей разведки и национальной безопасности.
- **Услуги для защиты президента и других лиц.** Мы можем разглашать ваши медицинские данные уполномоченным должностным лицам в целях защиты президента и других лиц.
- **Заключенные или лица, находящиеся под стражей.** Если вы являетесь заключенным, мы можем разглашать ваши медицинские данные соответствующему исправительному учреждению или должностному лицу правоохранительных органов.

D. Случаи использования и разглашения медицинских данных, требующих вашего разрешения

- **Данные наблюдений психотерапевта.** В большинстве случаев использование и разглашение данных наблюдений психотерапевта, хранящихся отдельно от вашей остальной документации, требуют вашего разрешения.
- **В целях маркетинга и продаж:** Использование и разглашение данных для маркетинговых целей либо разглашение информации, которое представляет собой «продажу» данных о вашем здоровье, требует вашего разрешения.
- **Другие случаи использования и разглашения медицинских данных.** В случаях использования и разглашения данных, отличных от описанных в настоящем уведомлении, необходимо ваше письменное разрешение.

E. Конфиденциальность записей о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD) (42 C.F.R., Часть 2)

Если вы получаете услуги согласно одной из программ лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, финансируемых на федеральном уровне организацией LCSNW, некоторые сведения о вас («Записи, подпадающие под действие Части 2») защищены федеральным законодательством, включая 42 U.S.C. § 290dd-2 и 42 C.F.R., Часть 2.

- **Применяются более строгие правила.** Как правило, Часть 2 обеспечивает более высокий уровень защиты, чем закон HIPAA. Даже если закон HIPAA в иных случаях допускает использование и раскрытие информации, разъяснённые в данном Уведомлении, в том числе для целей лечения, оплаты, управления медицинской деятельностью, правоохранительной деятельности и в рамках судебных или иных

юридических процедур, использование и раскрытие записей, подпадающих под действие Части 2, существенно ограничены и могут осуществляться только в пределах, разрешённых 42 C.F.R., Часть 2.

- **Общие правила; Зачастую требуется письменное согласие.** Как правило, мы не вправе раскрывать сведения о том, что вы проходите лечение в программе, подпадающей под действие Части 2, а также информацию, позволяющую идентифицировать вас как лицо, имеющее расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, если такое раскрытие не допускается Частью 2. Например, раскрытие записей, подпадающих под действие Части 2, другому медицинскому работнику, для целей медицинского страхования или иным третьим лицам, как правило, требует вашего письменного согласия, соответствующего требованиям Части 2, если только Часть 2 не допускает раскрытие такой информации без согласия. В Части 2 может быть разрешено раскрытие информации в ограниченных случаях, таких как: (i) согласно постановлению суда в соответствии с Частью 2; или (ii) в случае оказания неотложной медицинской помощи; или (iii) квалифицированному персоналу для проведения определённых исследований, аудита или мероприятий по оценке программ.
- **Аннулирование:** Вы можете отозвать письменное согласие на использование или раскрытие записей, подпадающих под действие Части 2, в порядке, предусмотренном 42 C.F.R. §§ 2.31 и 2.35.
- **Единое согласие на будущее использование, раскрытие и обработку в целях лечения, оплаты и управления (ТРО);** Возможное повторное раскрытие информации. Вы можете предоставить единое письменное согласие, которым разрешаете использование и раскрытие записей, подпадающих под действие Части 2, для целей лечения, оплаты и административных нужд в области здравоохранения для всех будущих случаев использования или раскрытия, в пределах, допускаемых 42 C.F.R., Часть 2. Записи, подпадающие под действие Части 2, раскрытые для целей программы в рамках Части 2, субъекту, подпадающему под действие HIPAA, или деловому партнеру на основании такого согласия, могут быть далее раскрыты такой программой в рамках Части 2, субъектом HIPAA или деловым партнером без вашего письменного согласия, в пределах, разрешенных регламентом HIPAA.
- **Юридические разбирательства в отношении вас.** Записи, подпадающие под действие Части 2 (а также показания, содержащие сведения из этих записей), не могут использоваться или раскрываться в гражданском, уголовном, административном или законодательном производстве в отношении вас, за исключением случаев, когда это основано на вашем письменном согласии, соответствующем требованиям Части 2, или на основании судебного постановления, вынесенного в соответствии с Частью 2, после уведомления вас или владельца записи и предоставления возможности быть заслушанным. Любое судебное постановление, санкционирующее использование или раскрытие информации, должно сопровождаться повесткой в суд или иным юридическим требованием, обязывающим раскрыть информацию, до того как запрашиваемая запись будет использована или раскрыта.
- **Прочие способы использования и раскрытия информации.** Для записей, подпадающих под действие Части 2, мы будем использовать и раскрывать информацию, не описанную в данном Уведомлении, только с вашего письменного согласия, соответствующего требованиям Части 2, если только Часть 2 не разрешает или не требует иного.
- **Права пациента (записи, подпадающие под действие Части 2).** В дополнение к правам, описанным в других разделах данного Уведомления, если информация является записью, подпадающей под действие Части 2, на нее распространяются дополнительные меры защиты и права в соответствии с 42 C.F.R., Часть 2, включая:

- Право требовать ограничения на определённые способы раскрытия информации, осуществляемые на основании вашего предварительного согласия для целей лечения, оплаты и административных нужд в области здравоохранения;
- Право запрашивать список случаев раскрытия информации через третье лицо за последние 3 года, если это применимо; и
- Право обсудить это Уведомление с контактным лицом, указанным в настоящем Уведомлении.

Вы можете воспользоваться любым из этих прав, позвонив нашему Уполномоченному по защите конфиденциальной информации по телефону 206-816-3209 или по электронной почте HIPAA@LCSNW.ORG

- **Сбор денежных средств.** Если LCSNW использует или раскрывает записи, подпадающие под действие Части 2, для целей сбора денежных средств в пользу LCSNW, вам сначала предоставят однозначную и очевидную возможность отказаться от получения сообщений о сборе денежных средств.
- **Предмет соглашения.** Меры защиты, предусмотренные Частью 2, распространяются только на записи, подпадающие под действие Части 2, которые ведутся в рамках программы(программ) LCSNW, подпадающей под Часть 2, и не применяются к другим услугам или записям LCSNW, не относящимся к программе(программам) Части 2.

ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ:

У вас есть следующие права относительно ваших медицинских данных:

- **Право на проверку и копирование.** Вы имеете право проверять и копировать ваши медицинские данные за отдельную плату. Бывают случаи, когда мы можем отказать вам в просмотре и копировании таких данных.
- **Право вносить изменения.** Вы можете попросить нас в письменной форме внести изменения в ваши медицинские данные, хранящиеся в LCSNW. В определенных обстоятельствах мы можем отказать вам в этом.
- **Право на получение отчета о разглашении информации.** У вас есть право требовать в письменной форме отчет о разглашении информации о вашем здоровье.
- **Право затребовать ограничения.** У вас есть право в письменной форме затребовать ограничение использования и разглашения ваших медицинских данных в целях лечения, оплаты или производственной деятельности. Мы не обязаны согласиться, если такое разглашение данных не относится исключительно к товару или услуге, за которые вы заплатили из своего кармана в полном объеме.
- **Право на запрос о конфиденциальности.** У вас есть право в письменной форме требовать конфиденциальности в общении с вами касательно вопросов здоровья. Мы соглашаемся с разумными просьбами.
- **Право получать уведомления о несанкционированном доступе.** Вы имеете право получать уведомления о любом несанкционированном доступе к вашим незащищенным медицинским данным, если мы это обнаружим.
- **Право на бумажную копию этого уведомления.** У вас всегда есть право на получение бумажной копии настоящего Уведомления, даже если вы согласились на получение данного Уведомления в электронном виде.

ИЗМЕНЕНИЯ В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ:

Мы оставляем за собой право изменять условия настоящего Уведомления в любое время.

Пересмотренное Уведомление будет касаться любых ваших медицинских данных, хранящихся у нас.

Мы предоставим вам измененную версию уведомления во время вашего визита в LCSNW, через наш сайт (www.lcsnw.org) или, по вашему требованию, по почте.

Жалобы:

Если вы считаете, что ваши права были нарушены, вы можете подать жалобу, позвонив по номеру

206-816-3209 и попросив соединить вас с Офицером по вопросам конфиденциальности. Вы также можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб. Офицер по вопросам конфиденциальности может предоставить вам информацию о подаче жалобы. ***Вы не будете наказаны за подачу жалобы.***