



फेयरफैक्स-फॉल्स चर्च कम्युनिटी सर्विसेज़ बोर्ड की गोपनीयता नीतियों की सूचना

प्रभावी तिथि: 16 फरवरी, 2026

इस सूचना में यह बताया गया है कि आपकी चिकित्सीय जानकारी का उपयोग और खुलासा किस प्रकार किया जा सकता है, और आप इस जानकारी तक कैसे पहुंच सकते हैं।

इस सूचना में निम्नलिखित का भी वर्णन किया गया है:

- आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के बारे में आपके अधिकार
- आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी की गोपनीयता या सुरक्षा के उल्लंघन, या आपकी जानकारी से संबंधित आपके अधिकारों के उल्लंघन के संबंध में शिकायत कैसे दर्ज करें

आपको इस सूचना की एक प्रति (पेपर या इलेक्ट्रॉनिक रूप में) प्राप्त करने का अधिकार है और यदि आपके पास कोई प्रश्न हैं तो आप मेडिकल रिकॉर्ड्स मैनेजमेंट से फोन द्वारा (703) 383-8480 या ईमेल द्वारा CSBMEDICALRECORDS@FAIRAXCOUNTY.GOV पर इस पर चर्चा कर सकते हैं।

कृपया इसे ध्यानपूर्वक पढ़ें।

यह गोपनीयता संबंधी सूचना बताती है कि फेयरफैक्स काउंटी सरकार के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी ("PHI,") का उपयोग और खुलासा उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य सेवा संचालन के लिए, तथा 1996 के स्वास्थ्य बीमा वहनीयता और जवाबदेही अधिनियम (HIPAA), जिसे 2009 के स्वास्थ्य सूचना प्रौद्योगिकी आर्थिक एवं नैदानिक स्वास्थ्य अधिनियम और अन्य लागू कानूनों द्वारा संशोधित किया गया है, के तहत अनुमत या आवश्यक अन्य उद्देश्यों के लिए कैसे कर सकते हैं। संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PHI) वह जानकारी है जिससे आपकी पहचान हो सकती है, जो आपके अतीत, वर्तमान या भविष्य के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य या स्थिति, स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं या ऐसी सेवाओं के भुगतान से संबंधित है, और जो फेयरफैक्स काउंटी HIPAA के अंतर्गत आने वाली एजेंसी द्वारा उत्पन्न या प्राप्त की जाती है। यह नोटिस यह भी बताता है कि भाग 2 के वे कार्यक्रम, जिन्हें मादक द्रव्यों के सेवन विकार रोगी रिकॉर्ड की गोपनीयता (42 USC 290dd-2) ("मादक द्रव्यों के सेवन विकार की जानकारी") के अनुसार जानकारी की सुरक्षा करना आवश्यक है, जैसे कि सामुदायिक सेवा बोर्ड (CSB), आपकी मादक द्रव्यों के सेवन विकार की जानकारी का उपयोग और खुलासा कैसे कर सकते हैं। HIPAA और 42 USC 290dd-2 के अलावा, अन्य गोपनीयता कानून आपकी स्वास्थ्य जानकारी के प्रकटीकरण को सीमित कर सकते हैं, जैसे कि वर्जीनिया स्वास्थ्य रिकॉर्ड गोपनीयता (वर्जीनिया कोड § 32.1-127.1:03) और वर्जीनिया व्यवहार स्वास्थ्य और विकासात्मक सेवा विभाग विनियम (12 Va. व्यवस्थापक संहिता § 35-115-80)। कानून के अनुसार, हमें यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि आपकी स्वास्थ्य जानकारी गोपनीय रखी जाए, और यदि आपकी असुरक्षित संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PHI) या मादक पदार्थ उपयोग विकार संबंधी जानकारी से जुड़ा कोई उल्लंघन होता है, तो हम आपको उसकी सूचना दें।

यह नोटिस HIPAA और 42 USC 290dd-2 के तहत आपके कानूनी अधिकारों का भी वर्णन करता है, जिसमें आपकी जानकारी तक पहुंच और उसे नियंत्रित करने का आपका अधिकार शामिल है / हमें आपको यह सूचना इसलिए देनी आवश्यक है ताकि हम अपने कानूनी कर्तव्यों और गोपनीयता संबंधी कार्य प्रणाली को स्पष्ट कर सकें और वर्तमान में लागू सूचना के नियमों का पालन कर सकें।

हम आपके बारे में जानकारी का उपयोग और खुलासा कैसे कर सकते हैं

उपयोग और प्रकटीकरण

निम्नलिखित श्रेणियां उन तरीकों का वर्णन करती हैं जिनसे हम आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और खुलासा करते हैं। हर उपयोग या प्रकटीकरण का विवरण नहीं दिया जाएगा। हालांकि, जानकारी का उपयोग करने और उसे प्रकट करने के लिए हमें जिन सभी तरीकों की अनुमति है, वे इनमें से किसी एक श्रेणी में आएंगे। हालांकि इन सीमित उपयोगों के लिए आमतौर पर आपकी अनुमति की आवश्यकता नहीं होती है, लेकिन कुछ मामलों में हम आपसे अनुरोध करेंगे कि आप हमें सूचना का उपयोग और प्रकट करने की लिखित अनुमति दें, इसके लिए आपको एक सहमति फॉर्म ("अनुमोदन") पर हस्ताक्षर करना होगा, ताकि उपचार और सेवाएं प्रदान की जा सकें, प्रदान की गई उपचार और सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त किया जा सके, और हमारे दिन-प्रतिदिन के स्वास्थ्य देखभाल संचालन को संचालित किया जा सके। इस सूचना या हम पर लागू कानूनों के अंतर्गत न आने वाले स्वास्थ्य जानकारी के अन्य उपयोगों और प्रकटीकरणों के लिए, हम हमेशा आपकी लिखित अनुमति मांगेंगे, जैसा कि नीचे विस्तार से बताया गया है।

इस सूचना में उल्लिखित तरीके से आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का खुलासा हो जाने के बाद, जानकारी का पुनः खुलासा किया जा सकता है और वह HIPAA द्वारा संरक्षित नहीं रहेगी। अन्य कानून आपकी जानकारी की सुरक्षा करना जारी रख सकते हैं, जैसे कि 42 USC 290dd-2 और वर्जीनिया संहिता § 32.1-127.1:03। मादक पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी का खुलासा केवल नीचे (ए) और (बी) में उल्लिखित उद्देश्यों के लिए आपकी अनुमति से ही किया जा सकता है। एक बार जब आप अपनी अनुमति दे देते हैं, तो मादक

पदार्थ उपयोग विकार संबंधी जानकारी को HIPAA(जैसा कि नीचे (ए) और (बी) में उल्लिखित है) द्वारा अनुमत व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) की तरह ही भाग 2 कार्यक्रम, आच्छादित संस्था या व्यावसायिक सहयोगी द्वारा पुनः प्रकट किया जा सकता है।

- A. हम कब आपकी अनुमति के बिना जानकारी का उपयोग और खुलासा कर सकते हैं।** हम आपकी अनुमति के बिना भी निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए आपके बारे में व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (मौखिक या लिखित रूप में) का उपयोग और खुलासा कर सकते हैं। संघीय कानून द्वारा अन्यथा अनुमत या आवश्यक न होने की स्थिति में, हम आपकी लिखित अनुमति के साथ ही आपकी मादक पदार्थ उपयोग विकार संबंधी जानकारी का उपयोग और खुलासा केवल निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए कर सकते हैं।
- 1. उपचार के लिए।** हम आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का उपयोग आपको चिकित्सा उपचार या सेवाएं प्रदान करने के लिए कर सकते हैं, जिसमें निम्नलिखित मामले भी शामिल हैं:
 - उन डॉक्टरों, नर्सों, तकनीशियनों या अन्य कर्मियों को जो आपकी देखभाल में शामिल हैं।
 - अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और व्यावसायिक सहयोगियों को आपकी देखभाल के समन्वय हेतु, जैसे कि प्रिस्क्रिप्शन, प्रयोगशाला जाँच और एक्स-रे।
 - आपकी देखभाल के स्थानांतरण के समय, आपके आपातकालीन चिकित्सा प्रदाता या अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को।
 - आपसे उपचार के विकल्पों पर बातचीत करने या आपको किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के पास रेफर करने के लिए।
 - फेडरल कैक्स काउंटी सरकार के बाहर के उन लोगों को जो आपकी देखभाल से संबंधित सेवाएं प्रदान करते हैं, जैसे कि होम हेल्थ एजेंसियां या आवास प्रदाता।
 - 2. भुगतान के लिए।** हम आपके बारे में व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का उपयोग और खुलासा कर सकते हैं ताकि आपको प्राप्त उपचार और सेवाओं के लिए बिल बनाया जा सके और आपसे, किसी बीमा कंपनी या किसी अन्य तीसरे पक्ष से भुगतान प्राप्त किया जा सके। उदाहरण के लिए, यदि आपने किसी तीसरे पक्ष को भुगतान के लिए जिम्मेदार व्यक्ति के रूप में नामित किया है, तो मासिक बिल उस व्यक्ति को भेजा जा सकता है। भुगतान संबंधी गतिविधियों में पात्रता या चिकित्सा आवश्यकता का निर्धारण, दावों का प्रबंधन या पूर्व अनुमोदन भी शामिल हो सकता है। यदि आप नहीं चाहते कि आपका स्वास्थ्य बीमा प्रदाता उस उपचार की जानकारी प्राप्त करे जिसके लिए आपने पहले से भुगतान कर दिया है, तो इस सूचना में दिए गए "प्रतिबंध का अनुरोध करने का अधिकार" अनुभाग को देखें।
 - 3. स्वास्थ्य संबंधी कार्यों के लिए।** हम स्वास्थ्य संबंधी कार्यों के लिए आपके बारे में व्यक्तिगत व्यक्तिगत जानकारी (PHI) का उपयोग और खुलासा कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, हम आपके प्रति व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का उपयोग अपने उपचार और सेवाओं की समीक्षा करने और आपकी देखभाल में हमारे कर्मचारियों के प्रदर्शन का मूल्यांकन करने, गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों, मान्यता, लाइसेंस, निरीक्षण और प्रशिक्षण कार्यक्रमों के लिए और यह देखने के लिए कर सकते हैं कि हम अपनी देखभाल और सेवाओं में कहाँ सुधार कर सकते हैं। हम कई मरीजों के बारे में व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) को मिलाकर यह तय कर सकते हैं कि हमें कौन सी अतिरिक्त सेवाएं प्रदान करनी चाहिए, कौन सी सेवाएं आवश्यक नहीं हैं और क्या नए उपचार प्रभावी हैं। हम रिपोर्टिंग उद्देश्यों के लिए संयुक्त, पहचान रहित व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का भी उपयोग कर सकते हैं।
 - 4. आपकी देखभाल या आपकी देखभाल के लिए भुगतान में शामिल व्यक्ति से।** यदि हम आपकी मौखिक सहमति प्राप्त करते हैं, या आपको ऐसे प्रकटीकरण पर आपत्ति करने का अवसर दिया गया हो और आपने आपत्ति न की हो, तो हम आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) को किसी परिवार सदस्य, अन्य रिश्तेदार या मित्र के साथ साझा कर सकते हैं जो आपकी देखभाल या उसके भुगतान में शामिल है। ऐसी स्थितियों में जहां आप आपत्ति करने में सक्षम नहीं हैं (क्योंकि आप उपस्थित नहीं हैं या आपकी अक्षमता या चिकित्सा आपात स्थिति के कारण), हम अपने पेशेवर विवेक के आधार पर यह निर्धारित कर सकते हैं कि जानकारी का खुलासा करना आपके सर्वोत्तम हित में है। सी स्थिति में, हम केवल उतनी ही स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा करेंगे जो उस व्यक्ति की आपकी देखभाल या उसके भुगतान में भागीदारी से संबंधित हो।
- B. अन्य अनुमत और आवश्यक उपयोग और खुलासे जो आपकी सहमति, प्राधिकरण या आपत्ति करने के अवसर दिए बिना किए जा सकते हैं।** हम आपकी सहमति, प्राधिकरण या मौखिक रूप से आपत्ति करने के अवसर के बिना निम्नलिखित स्थितियों में आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या खुलासा कर सकते हैं। संघीय कानून द्वारा अन्यथा अनुमत या आवश्यक न होने की स्थिति में, हम आपकी लिखित अनुमति के साथ ही आपकी मादक पदार्थ उपयोग विकार संबंधी जानकारी का उपयोग और खुलासा केवल निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए कर सकते हैं।
- 1. कानून द्वारा आवश्यक होने पर।** संघीय, राज्य या स्थानीय कानून द्वारा आवश्यक होने पर हम आपके बारे में व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का खुलासा करेंगे। उदाहरण के लिए, दुर्व्यवहार, उपेक्षा या शोषण के शिकार बच्चों या वयस्कों की रिपोर्ट करने या बंदूकों और खतरनाक हथियारों से लगी चोटों की रिपोर्ट करने के लिए।
 - 2. जन स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों के लिए।** हम जन स्वास्थ्य संबंधी गतिविधियों के लिए आपके बारे में व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का खुलासा कर सकते हैं, जिसमें शामिल हैं: बीमारी, चोट या विकलांगता की रोकथाम या नियंत्रण करना, जिसमें संक्रामक रोग के संपर्क में आए व्यक्ति को जानकारी देना भी शामिल है; जन्म और मृत्यु की रिपोर्ट करना; ड्राइवों और पायलटों की खतरनाक विकलांगताओं की रिपोर्ट करना; दवाओं की प्रतिक्रियाओं या उत्पादों में समस्याओं की रिपोर्ट करना; स्कूलों के साथ

टीकाकरण का प्रमाण साझा करना; उत्पादों में खराबी या रि कॉल की रिपोर्ट करना; और कार्यस्थल पर चिकित्सा निगरानी और कार्य-संबंधी बीमारी या चोट की रिपोर्टिंग करना।

3. **कानून प्रवर्तन के लिए।** हम सीमित परिस्थितियों में ही किसी कानून प्रवर्तन अधिकारी के साथ व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) साझा कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, किसी संदिग्ध, भगोड़े, महत्वपूर्ण गवाह या लापता व्यक्ति के बारे में पहचान और स्थान निर्धारण के लिए मांगी गई जानकारी; काउंटी परिसर में आपराधिक गतिविधि के साक्ष्य प्रदान करने के लिए; आपको हिरासत में रखने वाले कानून प्रवर्तन अधिकारी को; आपातकालीन स्वास्थ्य देखभाल स्थितियों में या किसी व्यक्ति की मृत्यु होने पर कानून प्रवर्तन को अपराध की सूचना देने के लिए; यदि आप किसी अपराध के अक्षम पीड़ित हैं और सेवा प्रदाता यह निर्धारित करता है कि समय पर जानकारी देना आपके हित में है; यदि आप किसी अपराध के पीड़ित हैं और आपको ईएमएस देखभाल मिली है; और अदालत के आदेश, सम्मन, वारंट, समन या इसी तरह की प्रक्रिया के जवाब में।
 4. **स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए एक गंभीर खतरा टालने के लिए।** आपके स्वास्थ्य और सुरक्षा, या जनता या किसी अन्य व्यक्ति के स्वास्थ्य और सुरक्षा के लिए निकटस्थ और गंभीर खतरे को रोकने के लिए। हालांकि, किसी भी प्रकार की जानकारी केवल ऐसे व्यक्ति को ही दी जाएगी जो खतरे को रोकने या कम करने में मदद कर सके।
 5. **स्वास्थ्य निगरानी गतिविधियाँ।** हम कानून द्वारा अधिकृत गतिविधियों के लिए किसी स्वास्थ्य निगरानी एजेंसी से व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) साझा कर सकते हैं। इन निगरानी गतिविधियों में ऑडिट, जांच, निरीक्षण और प्रमाणीकरण शामिल हैं, लेकिन ये इन्हीं तक सीमित नहीं हैं, जो लाइसेंसिंग, स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की निगरानी, सरकारी कार्यक्रमों और नागरिक अधिकार कानूनों के अनुपालन के लिए आवश्यक हैं।
 6. **पोस्टमार्टम अधिकारी (कोरोनर), अंतिम संस्कार निदेशक, चिकित्सा परीक्षक और अंगदान।** हम अन्य कर्तव्यों के निर्वहन के लिए मृत्यु के कारण का पता लगाने हेतु पोस्टमार्टम अधिकारी, चिकित्सा परीक्षक या अंतिम संस्कार निदेशकों से व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) साझा कर सकते हैं। व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का उपयोग उक्तक या अंग दान के लिए किया जा सकता है और इसका खुलासा भी किया जा सकता है।
 7. **न्यायिक और प्रशासनिक कार्यवाही।** किसी सम्मन, न्यायालय या प्रशासनिक न्यायाधिकरण के आदेश, या अन्य कानूनी प्रक्रिया के जवाब में।
 8. **विशेषीकृत सरकारी कार्य।** राष्ट्रीय सुरक्षा और खुफिया गतिविधियों के लिए, जिसमें राष्ट्रपति या अन्य अधिकृत व्यक्तियों को सुरक्षा सेवाएं प्रदान करना शामिल है।
 9. **सुधार गृह।** किसी कैदी के स्वास्थ्य की देखभाल या सुधार गृह में मौजूद अन्य लोगों के स्वास्थ्य और सुरक्षा से संबंधित हिरासत संबंधी स्थितियों के लिए।
 10. **श्रमिक क्षतिपूर्ति के उद्देश्यों के लिए।** कानून द्वारा अनुमत लाभों के प्रबंधन को सुगम बनाने के उद्देश्य से।
 11. **शोध।** शोधकर्ताओं को तब जानकारी प्रदान की जा सकती है जब किसी संस्थागत समीक्षा बोर्ड या गोपनीयता बोर्ड ने: (1) शोध प्रस्ताव की समीक्षा की है और गोपनीयता सुनिश्चित करने के लिए प्रोटोकॉल स्थापित किए हैं, और (2) शोध को मंजूरी दी है। कुछ शोध गतिविधियों के लिए आपकी अनुमति आवश्यक हो सकती है।
 12. **संघीय स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग।** संघीय नियमों के अनुपालन के संबंध में फेयरफैक्स काउंटी एजेंसियों की जांच के सिलसिले में।
 13. **सैन्य।** यदि आप सशस्त्र बलों के सदस्य हैं, तो हम सैन्य कमान अधिकारियों द्वारा आवश्यक समझी जाने वाली गतिविधियों के लिए और विदेशी सैन्य कर्मियों के बारे में विदेशी सैन्य अधिकारियों से कानून द्वारा आवश्यक या अधिकृत होने पर व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) साझा कर सकते हैं।
- C. **वैसा व्यक्ति जिसे आपके पक्ष में निर्णय लेने का अधिकार दिया गया हो।** हम आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और मादक पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी उन लोगों से साझा कर सकते हैं जिन्हें कानून द्वारा आपकी ओर से निर्णय लेने के लिए अधिकृत किया गया है, जैसे कि अग्रिम निर्देश के अनुसार नियुक्त एजेंट, व्यक्तिगत प्रतिनिधि या अभिभावक।
- D. **मादक पदार्थों के सेवन विकार संबंधी जानकारी का प्रकटीकरण।** 42 USC 290dd-2 और इसके कार्यान्वयन विनियम आपकी अनुमति के बिना मादक पदार्थों के सेवन विकार संबंधी जानकारी के प्रकटीकरण को अधिकृत करते हैं: बाल दुर्व्यवहार और उपेक्षा तथा भाग 2 कार्यक्रम परिसर में या भाग 2 कार्यक्रम कर्मियों के विरुद्ध अपराधों की रिपोर्ट करने के लिए; वास्तविक चिकित्सा आपात स्थितियों के लिए चिकित्सा कर्मियों को; विशिष्ट परिस्थितियों में वैज्ञानिक अनुसंधान के लिए; भाग 2 कार्यक्रम के ऑडिट और मूल्यांकन के लिए; सार्वजनिक स्वास्थ्य उद्देश्यों के लिए यदि जानकारी को अनाम कर दिया गया हो; और उस संस्था को जिसका CSB पर प्रत्यक्ष प्रशासनिक नियंत्रण हो।
- E. **व्यापारिक सहयोगियों को।** हम आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और मादक पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी को व्यावसायिक सहयोगियों और योग्य सेवा संगठनों (ठेकेदारों या फेयरफैक्स काउंटी की अन्य एजेंसियों) के साथ साझा कर सकते हैं जो काउंटी की HIPAA के अंतर्गत आने वाली एजेंसियों को सेवाएं प्रदान करते हैं। वे आपकी जानकारी की सुरक्षा करने और किसी भी उल्लंघन की सूचना हमें देने के लिए जिम्मेदार हैं।

F. आपकी अनुमति की आवश्यकता वाले उपयोग और प्रकटीकरण। उपचार, भुगतान, स्वास्थ्य देखभाल संचालन और ऊपर उल्लिखित श्रेणियों के अलावा किसी भी अन्य कारण से आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या खुलासा करने के लिए हमें आपकी अनुमति प्राप्त करना आवश्यक है। व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) के अन्य सभी खुलासों के लिए, हम आपसे एक लिखित अनुमति पत्र भरवाएँगे, जिसमें स्पष्ट किया जाएगा कि कौन सी जानकारी साझा की जा सकती है, और इसे आप या आपके कानूनी प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षरित किया जाएगा। कुछ मनोचिकित्सा संबंधी नोट्स का खुलासा करने, आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) बेचने या मार्केटिंग उद्देश्यों के लिए इसका खुलासा करने के लिए आमतौर पर आपकी अनुमति आवश्यक होती है। ऊपर (डी) में उल्लिखित उद्देश्यों के अलावा, आपके मादक पदार्थों के सेवन विकार की जानकारी के प्रकटीकरण के लिए भी आम तौर पर आपकी अनुमति की आवश्यकता होती है। यदि आप उपचार, भुगतान और स्वास्थ्य देखभाल संचालन उद्देश्यों के लिए सभी भविष्य के उपयोगों या प्रकटीकरणों के लिए एक ही प्राधिकरण प्रदान करते हैं, तो आपके प्राधिकरण के अनुसार भाग 2 कार्यक्रम, कवर की गई इकाई या व्यावसायिक सहयोगी को प्रकट की गई पदार्थ उपयोग विकार जानकारी को उस भाग 2 कार्यक्रम, कवर की गई इकाई या व्यावसायिक सहयोगी द्वारा HIPAA ((ए) और (बी) ऊपर) द्वारा अनुमत व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) की तरह आगे भी प्रकट किया जा सकता है।

आपकी अनुमति या 42 USC 290dd-2 के किसी अदालत के आदेश द्वारा स्पष्ट रूप से अनुमति दिए जाने के अलावा, मादक पदार्थ उपयोग विकार जानकारी का उपयोग आपके खिलाफ किसी भी नागरिक, आपराधिक, प्रशासनिक, या विधायी कार्यवाही में नहीं किया जा सकता। अदालत के आदेश के आधार पर ही रिकॉर्ड का खुलासा किया जाएगा, जिसके लिए नोटिस जारी किया जाएगा और सुनवाई का अवसर प्रदान किया जाएगा। किसी भी रिकॉर्ड का उपयोग या खुलासा करने से पहले, अदालत के आदेश के साथ एक सम्मन या इसी तरह का कोई अन्य कानूनी आदेश होना आवश्यक है जो रिकॉर्ड के खुलासे को बाध करता हो।

आप नीचे सूचीबद्ध संबंधित गोपनीयता अधिकारी से संपर्क करके हस्ताक्षरित प्राधिकरण को लिखित रूप में रद्द कर सकते हैं। यदि आप अपनी लिखित प्राधिकरण को रद्द कर देते हैं, तो हम उस अनुमति के आधार पर आपकी जानकारी का आगे कोई प्रकटीकरण नहीं करेंगे, लेकिन पहले किए गए प्रकटीकरणों को वापस नहीं लिया जा सकता।

आपके अधिकार

आप नीचे सूचीबद्ध उपयुक्त एजेंसी के गोपनीयता अधिकारी को लिखित अनुरोध भेजकर अपनी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और मादक पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी के संबंध में निम्नलिखित अधिकारों का प्रयोग कर सकते हैं।

आपके पास अपने रिकॉर्ड की जाँच करने या उसकी प्रतियाँ लिखित रूप में मांगने का अधिकार है। यदि आसानी से प्रस्तुत किए जा सकते हैं, तो हम रिकॉर्ड को आपके अनुरोध के अनुसार रूप और प्रारूप में प्रदान करेंगे। आप हमसे अनुरोध कर सकते हैं कि आपके रिकॉर्ड की प्रति किसी तीसरे पक्ष को भेजी जाए, बशर्ते कि यह अनुरोध हस्ताक्षरित, लिखित रूप में हो और स्पष्ट रूप से यह बताया गया हो कि रिकॉर्ड कहाँ और किसके भेजना है। आपको अपने रिकॉर्ड की प्रतियाँ प्राप्त करने के लिए शुल्क देना पड़ सकता है। दि किसी सीमित स्थिति में हम आपके रिकॉर्ड तक पहुँच को अस्वीकार करते हैं, तो आपको निर्णय और कारण के साथ समय पर लिखित सूचना भेजी जाएगी।

यदि आपको लगता है कि रिकॉर्ड में दी गई जानकारी गलत या अपूर्ण है, तो **आपको अपने रिकॉर्ड में संशोधन का अनुरोध करने का अधिकार है।** आपको अनुरोध के समर्थन में एक कारण बताना होगा। आपको 60 दिनों के भीतर लिखित उत्तर प्रदान किया जाएगा।

आपके पास व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) के खुलासे का विवरण प्राप्त करने का अधिकार है, लेकिन इस विवरण में सभी खुलासे (जैसे कि उपचार के उद्देश्यों के लिए किए गए खुलासे) शामिल नहीं होंगे। आपके अनुरोध में खुलासे के लिए एक समयावधि बताई जानी चाहिए, जो अनुरोध की तारीख से छह (6) साल से अधिक नहीं हो सकती।

आपको तीन (3) वर्षों तक प्राधिकरण के तहत किए गए मादक पदार्थों के सेवन विकार संबंधी सूचनाओं के खुलासे का लेखा-जोखा प्राप्त करने का अधिकार है, जिसमें मध्यस्थ को किए गए खुलासे भी शामिल हैं।

आपको अपनी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) या मादक पदार्थों के सेवन संबंधी विकार की जानकारी के उपयोग या प्रकटीकरण पर प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करने का अधिकार है। यदि प्रकटीकरण किसी स्वास्थ्य योजना को भुगतान या स्वास्थ्य सेवा संचालन करने के उद्देश्य से किया जाता है और अन्यथा कानून द्वारा आवश्यक नहीं है, और यदि प्रतिबंध केवल उन सेवाओं या वस्तुओं से संबंधित व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) या मादक पदार्थों के सेवन विकार की जानकारी पर लागू होता है जिनके लिए आपने पूरी तरह से स्वयं से भुगतान किया है, तो हमें आपके प्रतिबंध के अनुरोध से सहमत होना आवश्यक है। अन्य सभी अनुरोधों के लिए, यदि कानून द्वारा आवश्यक न हो तो एजेंसी प्रतिबंध से सहमत होने के लिए बाध्य नहीं है, लेकिन यदि वे अनुरोधित प्रतिबंध का पालन करने में सक्षम हैं तो वे आपको सूचित करेंगे।

आपको यह अनुरोध करने का अधिकार है कि हम आपसे किस तरीके से संवाद करें (उदाहरण के लिए, डाक या ईमेल द्वारा, या आपके कार्यालय में)। हम उचित अनुरोधों को स्वीकार करेंगे।

आपको धन जुटाने संबंधी संचार प्राप्त न करने का विकल्प चुनने का अधिकार है।

गोपनीयता नीतियों में परिवर्तन

फेयरफैक्स काउंटी संघीय और राज्य कानून द्वारा अनुमत किसी भी समय हमारी गोपनीयता नीति और हमारी किसी भी गोपनीयता संबंधी नीति को बदलने का अधिकार सुरक्षित रखता है और हमारे द्वारा रखी गई सभी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी (PHI) पर इस परिवर्तन को प्रभावी बनाने का अधिकार भी सुरक्षित रखता है।

गोपनीयता संबंधी संशोधित सूचना हमारे सेवा क्षेत्रों में और इस वेबसाइट पर उपलब्ध होगी
वेबसाइट: [CSB सेवाओं और मूल्यांकन का परिचय](#) | [सामुदायिक सेवा बोर्ड](#)। इसकी एक प्रति क्लिनिक रिसेप्शनिस्ट या एजेंसी गोपनीयता अधिकारी से भी प्राप्त की जा सकती है।

शिकायत

यदि आपको लगता है कि आपके निजता अधिकारों का उल्लंघन हुआ है, तो आप फेयरफैक्स काउंटी सरकार के HIPAA अनुपालन अधिकारी, संबंधित एजेंसी के HIPAA गोपनीयता अधिकारी, या स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग के पास www.fairfaxcounty.gov/hipaa के माध्यम से लिखित शिकायत दर्ज कर सकते हैं। किसी विशिष्ट एजेंसी के पास शिकायत दर्ज कराने के लिए, आप सोमवार से शुक्रवार तक कार्य समय के दौरान नीचे दिए गए गोपनीयता अधिकारी से संपर्क कर सकते हैं। *शिकायत दर्ज कराने के लिए हम आपके खिलाफ कोई कार्रवाई नहीं करेंगे।*

संपर्क जानकारी

- Fairfax County's HIPAA Compliance Officer 12000 Government Center Parkway Suite 533, Fairfax County Government Center Fairfax, VA 22035 703-324-2164, TTY 711 hipaacomplianceofficer@fairfaxcounty.gov www.fairfaxcounty.gov/hipaa
- CSB Medical Records Management 8221 Willow Oaks Corporate Drive, Suite 508, Fairfax, VA 22031, 703-383-8040, csbmedicalrecords@fairfaxcounty.gov

इस सूचना की प्राप्ति की पुष्टि

आपसे यह पुष्टि करने के लिए हस्ताक्षर करने को कहा जा सकता है कि आपने यह सूचना प्राप्त कर ली है। यदि आप हस्ताक्षर नहीं करने का विकल्प चुनते हैं, तो भी फेयरफैक्स काउंटी आपकी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करेगी, और इस सूचना में वर्णित आपके अधिकार प्रभावित नहीं होंगे।



सामुदायिक सेवा बोर्ड इस NPP के अंतर्गत आने वाली काउंटी सेवाओं में नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल (LEP और प्राथमिक भाषा सहित), लिंग, आयु या विकलांगता के आधार पर भेदभाव न करने के लिए प्रतिबद्ध है। अनुरोध करने पर उचित व्यवस्था प्रदान की जाएगी। अधिक जानकारी के लिए, CSB कम्युनिकेशन टीम से 703-383-8500 पर संपर्क करें या csbcommunications@fairfaxcounty.gov पर ईमेल भेजें।