



# Fairfax-Falls Church सामुदायिक सेवा समितिको गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना

लागू हुने मिति : फेब्रुअरी 16, 2026

यस सूचनाले तपाईंको मेडिकल जानकारी कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सकिन्छ र तपाईंले यस जानकारीमा कसरी पहुँच प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने बताउँछ।

यस सूचनाले निम्न कुराहरू पनि वर्णन गर्छ:

- तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीसँग सम्बन्धित तपाईंका अधिकारहरू
- तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता वा सुरक्षा वा तपाईंको जानकारी सम्बन्धी तपाईंको अधिकारको उल्लङ्घनका बारेमा कसरी उजुरी दायर गर्ने

तपाईंसँग यस सूचनाको प्रतिलिपि (कागज वा इलेक्ट्रोनिक रूपमा) प्राप्त गर्ने र कुनै प्रश्नहरू भएमा, मेडिकल रेकर्ड व्यवस्थापनबाट फोन: (703) 383-8480 वा ईमेल: CSBMEDICALRECORDS@FAIRAXCOUNTY.GOV मार्फत छलफल गर्ने अधिकार छ।

कृपया यसलाई ध्यानपूर्वक समीक्षा गर्नुहोस्।

यस गोपनीयता अभ्यासको सूचनाले Fairfax County सरकारका स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूले तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी ("PHI,") लाई कसरी उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन र 2009 को आर्थिक तथा क्लिनिकल स्वास्थ्य ऐनका लागि स्वास्थ्य सूचना प्रविधि र अन्य लागू कानूनद्वारा संशोधन गरेअनुसार 1996 को स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी र जवाफदेहिता ऐन (HIPAA) द्वारा अनुमति दिइएको वा आवश्यक अन्य उद्देश्यहरूका लागि प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छन् भन्ने वर्णन गर्छ। PHI भनेको तपाईंको पहिचान गर्न सक्ने जानकारी हो, जुन तपाईंको विगत, वर्तमान वा भविष्यको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य वा अवस्था, स्वास्थ्य सेवाहरू वा त्यस्ता सेवाहरूको भुक्तानीसँग सम्बन्धित हुन्छ र यो Fairfax County HIPAA-समेटिएको एजेन्सीद्वारा उत्पन्न वा प्राप्त गरिन्छ। यस सूचनाले सामुदायिक सेवा बोर्ड (CSB) जस्ता पदार्थ प्रयोग विकार बिरामी रेकर्डहरूको गोपनीयता (42 USC 290dd-2) ("पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी") अनुसार जानकारी सुरक्षित गर्न आवश्यक भाग 2 कार्यक्रमहरूले तपाईंको पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छन् भन्ने पनि वर्णन गर्छ। HIPAA र 42 USC 290dd-2 का अतिरिक्त, अन्य गोपनीयता कानूनहरूले तपाईंको स्वास्थ्य जानकारीको खुलासालाई सीमित गर्न सक्छन्, जस्तै Virginia स्वास्थ्य रेकर्ड गोपनीयता (Virginia कोड § 32.1-127.1:03) र Virginia व्यवहार स्वास्थ्य र विकास सेवा विभाग विनियमहरू (12 Va. एडमिन. कोड § 35-115-80)। कानूनले हामीलाई तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी गोप्य राख्ने र तपाईंको असुरक्षित PHI र पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीको उल्लङ्घनको घटनामा तपाईंलाई सूचित गर्न आवश्यक गर्छ।

यस सूचनाले तपाईंको जानकारीमा पहुँच र नियन्त्रण गर्ने अधिकारहरू लगायत HIPAA र 42 USC 290dd-2 अन्तर्गत तपाईंका कानुनी अधिकारहरू पनि वर्णन गर्छ। हामीले तपाईंलाई हाम्रा कानुनी कर्तव्य र गोपनीयता अभ्यासहरू व्याख्या गर्न र हाल लागू रहेका सूचनाका सर्तहरू पालना गर्न यो सूचना दिन आवश्यक छ।

## हामी कसरी तपाईंको बारेमा जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं

### प्रयोग र खुलासा

निम्न वर्गहरूले हामीले तपाईंको PHI प्रयोग र खुलासा गर्ने तरिकाहरू वर्णन गर्छ। सबै प्रयोग वा खुलासा सूचीबद्ध गरिने छैन। यद्यपि, हामीलाई जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न अनुमति दिइएको सबै तरिकाहरू यी मध्ये एक श्रेणीमा पर्ने छन्। यी सीमित प्रयोगहरूको लागि सामान्यतया तपाईंको अनुमति आवश्यक नभए पनि, केही मामिलामा हामी तपाईंलाई उपचार र सेवाहरू प्रदान गर्न, प्रदान गरिएका उपचार र सेवाहरूको भुक्तानी प्राप्त गर्न र हाम्रो दैनिक स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनहरू चलाउन तपाईंको बारेमा जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सहमति फाराम ("अधिकारपत्र") मा हस्ताक्षर गरेर तपाईंको लिखित अनुमति दिन अनुरोध गर्ने छौं। यस सूचना वा हामीमा लागू हुने कानूनहरूद्वारा नसमेटिएका स्वास्थ्य जानकारीको अन्य प्रयोग र खुलासाहरूको लागि, हामी तल उल्लेख गरिएअनुसार जहिले पनि तपाईंको अधिकारपत्रको लागि अनुरोध गर्ने छौं।

स सूचनामा उल्लेख गरिएअनुसार तपाईंको PHI खुलासा गरिसकेपछि, जानकारी पुनः खुलासा गर्न सकिन्छ र HIPAA द्वारा त्यस उपरान्त सुरक्षित नहुन सक्छ। 42 USC 290dd-2 र Virginia Code § 32.1-127.1:03. जस्ता अन्य कानूनहरूले तपाईंको जानकारीको सुरक्षा गर्न जारी राख्न सक्छन्। पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीको खुलासा तपाईंको अधिकारपत्रको साथ तल (A) र (B) मा उल्लिखित उद्देश्यहरूको लागि मात्र खुलासा गर्न सकिन्छ। एकपटक तपाईंले आफ्नो अधिकारपत्र दिइसकेपछि, पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी HIPAA द्वारा अनुमति दिइएको PHI जस्तै (तल (A) र (B) मा उल्लिखित) भाग 2 कार्यक्रम, समेटिएको संस्था वा व्यापार सहयोगीद्वारा पनि पुनः खुलासा गर्न सकिन्छ।

- A. **हामी कहिले तपाईंको अधिकारपत्र बिना जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं।** हामी निम्न उद्देश्यहरूका लागि तपाईंको अधिकारपत्र बिना तपाईंको बारेमा PHI (मौखिक वा लिखित रूपमा) प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं। सङ्घीय कानूनद्वारा अन्यथा अधिकार

दिइएको वा आवश्यक नभएसम्म, हामी तपाईंको लागूपदार्थ प्रयोग विकार जानकारी तपाईंको अधिकारपत्रको साथ निम्न उद्देश्यहरूको लागि मात्र प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं।

1. **उपचारको लागि।** हामी तपाईंलाई उपचार वा सेवाहरू प्रदान गर्न तपाईंको बारेमा PHI प्रयोग गर्न सक्छौं, जसमा निम्न छन्:

- तपाईंको हेरचाहमा संलग्न डाक्टर, नर्स, प्राविधिक वा अन्य कर्मचारीहरूलाई।
- तपाईंको हेरचाह, जस्तै प्रिस्क्रिप्सन, प्रयोगशाला कार्य र एक्स-रेहरू समन्वय गर्न अन्य प्रदायक र व्यावसायिक सहयोगीहरूलाई।
- तपाईंको हेरचाह ट्रान्सफर गर्दा तपाईंको आपतकालीन मेडिकल प्रदायक वा अन्य प्रदायकहरूलाई।
- उपचार विकल्पहरूको बारेमा तपाईंसँग कुरा गर्न वा तपाईंलाई अर्को प्रदायक समक्ष पठाउन।
- तपाईंको हेरचाहसँग सम्बन्धित सेवाहरू प्रदान गर्ने Fairfax County सरकार बाहिरका मानिसहरूलाई, जस्तै गृह स्वास्थ्य एजेन्सी वा आवास प्रदायकहरू।

2. **भुक्तानीको लागि।** तपाईंले प्राप्त गर्ने उपचार र सेवाहरूको बिल बनाउन सकियोस् र तपाईं, बीमा कम्पनी वा अन्य तेस्रो पक्षबाट भुक्तानी लिन सकियोस् भनेर हामी तपाईंको बारेमा PHI प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं। उदाहरणका लागि, यदि तपाईंले भुक्तानीको लागि जिम्मेवार तेस्रो पक्ष पहिचान गर्नुभएको भएमा, त्यो व्यक्तिलाई मासिक बिल पठाउन सकिन्छ। भुक्तानी गतिविधिहरूमा योग्यता वा मेडिकल आवश्यकता निर्धारण, दावी व्यवस्थापन वा पूर्व स्वीकृति पनि समावेश हुन सक्छ। यदि तपाईं आफ्नो स्वास्थ्य योजनाले तपाईंले अग्रिम भुक्तानी गर्नुभएको उपचारको बारेमा जानकारी प्राप्त नगरोस् भन्ने चाहनुहुन्न भने, यस सूचनामा "प्रतिबन्धहरू अनुरोध गर्ने अधिकार" हेर्नुहोस्।

3. **स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनहरूका लागि।** हामी स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको लागि तपाईंको बारेमा PHI प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं। उदाहरणका लागि, हामी हाम्रो उपचार र सेवाहरूको समीक्षा गर्न र तपाईंको हेरचाहमा हाम्रा कर्मचारीहरूको कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन गर्न, गुणस्तर सुनिश्चितता गतिविधिहरू, मान्यता, इजाजतपत्र, निरीक्षण र प्रशिक्षण कार्यक्रमहरूको लागि र हामीले प्रदान गर्ने हेरचाह र सेवाहरूमा हामीले कहाँ सुधार गर्न सक्छौं भनेर हेर्न PHI प्रयोग गर्न सक्छौं। हामी हामीले कुन अतिरिक्त सेवाहरू प्रदान गर्नुपर्छ, कुन सेवाहरू आवश्यक छैनन् र नयाँ उपचारहरू प्रभावकारी छन् कि छैनन् भनेर निर्णय गर्न धेरै बिरामीहरूको PHI संयोजन गर्न पनि सक्छौं। हामी रिपोर्टिङ उद्देश्यका लागि संयुक्त, पहिचान नगरिएको PHI पनि प्रयोग गर्न सक्छौं।

4. **तपाईंको हेरचाह वा तपाईंको हेरचाहको भुक्तानीमा संलग्न व्यक्तिहरू।** यदि हामीले तपाईंको मौखिक सहमति प्राप्त गर्नुको लागि तपाईंलाई खुलासामा आपत्ति जनाउने अवसर दिउँ र तपाईंले आपत्ति जनाउनुभएन भने, हामी तपाईंको हेरचाह वा हेरचाहको भुक्तानीमा संलग्न परिवारको सदस्य, अन्य नातेदार वा साथीलाई तपाईंको बारेमा PHI जारी गर्न सक्छौं। तपाईं आपत्ति जनाउन सक्षम नभएको अवस्थामा (तपाईं उपस्थित नहुनु भएको कारण वा तपाईंको अशक्तता वा मेडिकल आपतकालीन अवस्थाको कारण), हामी हाम्रो व्यावसायिक निर्णयमा, त्यस्तो खुलासा तपाईंको सर्वोत्तम हितमा छ भनी निर्धारण गर्न सक्छौं। त्यस्तो अवस्थामा, हामी तपाईंको हेरचाहमा त्यो व्यक्तिको संलग्नता वा हेरचाहको भुक्तानीसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य जानकारी मात्र खुलासा गर्ने छौं।

B. **तपाईंको सहमति, अधिकारपत्र वा आपत्ति जनाउने अवसर बिना गर्न सकिने अन्य अनुमति प्राप्त र आवश्यक प्रयोग र खुलासाहरू।** निम्न अवस्थाहरूमा हामी तपाईंको सहमति, अधिकारपत्र वा मौखिक रूपमा आपत्ति जनाउने अवसर बिना तपाईंको PHI प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं। सङ्घीय कानूनद्वारा अन्यथा अधिकार प्राप्त वा आवश्यक नगरिएसम्म, हामी तपाईंको अधिकारपत्रको साथ निम्न उद्देश्यहरूको लागि मात्र तपाईंको पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं।

1. **कानूनले आवश्यक गरेअनुसार।** सङ्घीय, राज्य वा स्थानीय कानूनद्वारा आवश्यक हुँदा हामी तपाईंको बारेमा PHI खुलासा गर्ने छौं। उदाहरणका लागि, दुर्व्यवहार, उपेक्षा वा शोषणको शिकार भएका बालबालिका वा वयस्कहरू बारे रिपोर्ट गर्न वा बन्दुक र खतरनाक हतियारबाट हुने चोटपटकको रिपोर्ट गर्न।

2. **जनस्वास्थ्य गतिविधिहरूको लागि।** हामी निम्न लगायत जनस्वास्थ्य गतिविधिहरूको लागि तपाईंको बारेमा PHI खुलासा गर्न सक्छौं: सरुवा रोगको सम्पर्कमा आएको व्यक्ति लगायत रोग, चोटपटक वा अशक्तता रोकथाम वा नियन्त्रण गर्न; जन्म र मृत्यु रिपोर्ट गर्न; ड्राइभर र पाइलटहरूको खतरामा पार्ने अशक्तता रिपोर्ट गर्न; औषधि वा उत्पादनहरूसँगको समस्याहरूको प्रतिक्रिया रिपोर्ट गर्न; विद्यालयहरूलाई खोपको प्रमाण साझा गर्न; उत्पादनहरूको खराबी वा फिर्ता रिपोर्ट गर्न; र कार्यस्थल मेडिकल निगरानी र काम-सम्बन्धित रोग वा चोटपटकको रिपोर्टिङका लागि;

3. **कानून प्रवर्तनलाई।** हामी सीमित परिस्थितिहरूमा कानून प्रवर्तन अधिकारीलाई PHI जारी गर्न सक्छौं। उदाहरणका लागि, पहिचान र स्थान उद्देश्यका लागि शंकास्पद, भगौडा, भौतिक साक्षी वा हराएको व्यक्तिको बारेमा अनुरोध गरिएको जानकारी; काउन्टी परिसरमा अपराधिक आचरणको प्रमाण प्रदान गर्न; तपाईंको हिरासतमा रहनुभएको कानून प्रवर्तन अधिकारीलाई; आपतकालीन स्वास्थ्य सेवा परिस्थितिहरू वा कुनै व्यक्तिको मृत्यु हुँदा अपराधको बारेमा कानून प्रवर्तनलाई सचेत गराउन; यदि तपाईं अपराधको अशक्त पीडित हुनुहुन्छ र प्रदायकले समयमै यसको खुलासा गर्दा तपाईंको सर्वोत्तम हितमा छ भनी निर्धारण गर्छ भने; यदि तपाईं अपराधको पीडित हुनुहुन्छ र EMS हेरचाह प्राप्त गर्नुहुन्छ भने; र अदालतको आदेश, उपस्थिति-पत्र, वारेन्ट, समन वा यस्तै प्रक्रियाको प्रतिक्रियामा।

4. **स्वास्थ्य वा सुरक्षासम्बन्धी गम्भीर खतराबाट बच्न।** तपाईंको स्वास्थ्य र सुरक्षा वा जनता वा अन्य व्यक्तिको स्वास्थ्य र सुरक्षामा आसन्न, गम्भीर खतरालाई रोक्न। यद्यपि, कुनै पनि खुलासा केवल खतरालाई रोक्ने वा कम गर्न मद्दत गर्न सक्ने व्यक्तिलाई मात्र गरिने छ।
  5. **स्वास्थ्य निगरानी गतिविधिहरू।** हामी कानूनद्वारा अधिकार प्राप्त गतिविधिहरूको लागि स्वास्थ्य निगरानी एजेन्सीलाई PHI खुलासा गर्न सक्छौं। यी निगरानी गतिविधिहरूमा इजाजतपत्र, स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको अनुगमन, सरकारी कार्यक्रम र नागरिक अधिकार कानूनहरूको पालनाका लागि आवश्यक लेखापरीक्षण, अनुसन्धान, निरीक्षण र प्रमाणीकरण लगायत समावेश छन्, तर यसमा मात्र सीमित छैनन्।
  6. **कोरोनर, अन्त्येष्टि निर्देशक, मेडिकल परीक्षक र अङ्ग दानहरू।** हामी अन्य कर्तव्यहरू पूरा गर्नको लागि मृत्युको कारण निर्धारण गर्न कोरोना, मेडिकल परीक्षक वा अन्त्येष्टि निर्देशकहरूलाई PHI खुलासा गर्न सक्छौं। PHI तन्तु वा अङ्ग दानको लागि प्रयोग र खुलासा गर्न सकिन्छ।
  7. **न्यायिक र प्रशासनिक कार्यवाही।** उपस्थिति-पत्र, अदालत वा प्रशासनिक न्यायालयबाट आदेश वा अन्य कानुनी प्रक्रियाको जवाफमा।
  8. **विशेषीकृत सरकारी कामहरू।** राष्ट्रपति वा अधिकार प्राप्त अन्य व्यक्तिहरूलाई सुरक्षात्मक सेवाहरूको प्रावधान लगायत राष्ट्रिय सुरक्षा र गुप्तचर गतिविधिहरूको लागि।
  9. **सुधारात्मक सुविधाहरू।** कैदीको स्वास्थ्य सेवा वा सुधारात्मक सुविधामा रहेका अरूको स्वास्थ्य र सुरक्षा समावेश हिरासतसम्बन्धी अवस्थाहरूको लागि।
  10. **श्रमिकको क्षतिपूर्ति उद्देश्यहरू।** कानूनले अनुमति दिएअनुसार सुविधाहरूको प्रशासनलाई सहज बनाउन।
  11. **अनुसन्धान।** संस्थागत समीक्षा बोर्ड वा गोपनीयता बोर्डले: (1) अनुसन्धान प्रस्तावको समीक्षा गरेको र गोपनीयता सुनिश्चित गर्न प्रोटोकलहरू स्थापित गरेको र (2) अनुसन्धानलाई स्वीकृत गरेको अवस्थामा अनुसन्धानकर्ताहरू। निश्चित अनुसन्धान गतिविधिहरूको लागि तपाईंको अधिकारपत्र आवश्यक पर्न सक्छ।
  12. **सङ्घीय स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग।** सङ्घीय विनियमहरूको पालनाको लागि Fairfax County एजेन्सीहरूको अनुसन्धानको सम्बन्धमा।
  13. **सेना।** यदि तपाईं सशस्त्र बलको सदस्य हुनुहुन्छ भने, हामी कानूनद्वारा आवश्यक वा अधिकार प्राप्त भएअनुसार सैन्य कमान्ड निकायहरूद्वारा आवश्यक मानिएका गतिविधिहरूको लागि र विदेशी सैन्य निकायहरूलाई विदेशी सैन्य कर्मचारीहरूको बारेमा PHI खुलासा गर्न सक्छौं।
- C. तपाईंको तर्फबाट निर्णय लिन अधिकार प्राप्त व्यक्ति।** हामी तपाईंको तर्फबाट निर्णय लिन कानूनद्वारा अधिकार प्राप्त व्यक्तिहरू, जस्तै अप्रिम निर्देश अनुसार नियुक्त एजेन्ट, व्यक्तिगत प्रतिनिधि वा अभिभावकलाई PHI र पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी खुलासा गर्न सक्छौं।
- D. पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीको जारी 42 USC 290dd-2 र यसको कार्यान्वयन नियमहरूले तपाईंको अधिकारपत्र बिना पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी जारी गर्न अधिकार दिन्छ:** भाग 2 कार्यक्रम परिसरमा वा भाग 2 कार्यक्रम कर्मचारीहरू विरुद्ध बाल दुर्व्यवहार र उपेक्षा र अपराधहरू रिपोर्ट गर्न; वास्तविक मेडिकल आपतकालीन अवस्थाहरूको लागि मेडिकल कर्मचारीहरूलाई; विशेष परिस्थितिहरूमा वैज्ञानिक अनुसन्धानको लागि; भाग 2 कार्यक्रमको लेखा परीक्षण र मूल्याङ्कनको लागि; यदि जानकारी पहिचान गरिएको छैन भने जनस्वास्थ्य उद्देश्यका लागि; र CSB मा प्रत्यक्ष प्रशासनिक नियन्त्रण भएको संस्थालाई।
- E. व्यापार सहयोगीहरूलाई।** हामी तपाईंको PHI र पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी काउन्टीको HIPAA-सम्बन्धित एजेन्सीहरूलाई सेवा उपलब्ध गराउने व्यावसायिक सहयोगी र योग्य सेवा संस्थाहरू (ठेकेदार वा अन्य Fairfax County एजेन्सीहरू) सँग साझा गर्न सक्छौं। तिनीहरूले तपाईंको जानकारी सुरक्षित राख्न र कुनै पनि उल्लङ्घनको बारेमा हामीलाई सूचित गर्न आवश्यक छ।
- F. तपाईंको अधिकारपत्र आवश्यक हुने प्रयोग र खुलासाहरू।** उपचार, भुक्तानी, स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन र माथि उल्लिखित वर्गहरू बाहेक हामीलाई अन्य कुनै पनि कारणका लागि तपाईंको PHI प्रयोग वा खुलासा गर्न तपाईंको अधिकारपत्र प्राप्त गर्न आवश्यक छ। PHI का अन्य सबै खुलासाहरूको लागि, हामी तपाईंलाई कुन जानकारी साझा गर्न सकिन्छ भनेर उल्लेख गर्ने र तपाईं वा तपाईंको कानुनी प्रतिनिधिद्वारा हस्ताक्षर गरिएको अधिकारपत्र पूरा गर्न आवश्यक हुन्छ। निश्चित मनोचिकित्सा नोटहरू खुलासा गर्न, तपाईंको PHI बेच्न वा मार्केटिङ उद्देश्यका लागि खुलासा गर्न हामीलाई सामान्यतया तपाईंको अधिकारपत्र आवश्यक हुन्छ। माथि (D) मा उल्लिखित उद्देश्यहरू बाहेक, सामान्यतया तपाईंको पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीको खुलासाको लागि पनि तपाईंको अधिकारपत्र आवश्यक हुन्छ। यदि तपाईंले उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन उद्देश्यका लागि भविष्यका सबै प्रयोग वा खुलासाहरूको लागि एकल अनुमति प्रदान गर्नुभयो भने, तपाईंको अधिकारपत्र अनुसार भाग 2 कार्यक्रम, कभर गरिएको संस्था वा व्यवसाय सहयोगीलाई खुलासा गरिएको पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी HIPAA ((A) र (B) माथि) द्वारा अनुमति दिइएको भाग 2 कार्यक्रम, कभर गरिएको संस्था वा PHI जस्ता व्यवसाय सहयोगीद्वारा थप खुलासा गर्न सकिन्छ।

तपाईंको अधिकारपत्र वा 42 USC 290dd-2 अदालतको आदेशद्वारा स्पष्ट रूपमा प्रदान गरिएको बाहेक, पदार्थ प्रयोग विकार सम्बन्धी जानकारी तपाईं विरुद्धको नागरिक, अपराधिक, प्रशासनिक वा विधायी कार्यवाहीमा प्रयोग गर्न सकिँदैन। सूचना दिएपछि र सुनुवाइको

अवसर प्रदान गरिएपछि अदालतको आदेशको आधारमा मात्र रेकर्डहरू खुलासा गरिने छ। रेकर्ड प्रयोग वा खुलासा गर्नुअघि अदालतको आदेशसँगै उपस्थिति-पत्र वा अन्य समान कानुनी आदेश अनिवार्य रूपमा खुलासा गर्नुपर्छ।

तल सूचीबद्ध लागूयोग्य गोपनीयता अधिकारीलाई सम्पर्क गरेर तपाईंले लिखित रूपमा हस्ताक्षर गरिएको अधिकार-पत्र रद्द गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले आफ्नो अधिकारपत्र रद्द गर्नुभयो भने, हामी त्यस उपरान्त अधिकार-पत्र अनुसार तपाईंको जानकारी खुलासा गर्ने छैनौं, तर हामीले पहिले नै गरिसकेका कुनै पनि खुलासाहरू फिर्ता लिन असमर्थ हुने छौं।

## तपाईंका अधिकार

**तल सूचीबद्ध उपयुक्त एजेन्सी गोपनीयता अधिकारीलाई लिखित अनुरोध मार्फत तपाईंले आफ्नो PHI र आफ्नो पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीसम्बन्धी निम्न अधिकारहरू प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ।**

**तपाईंसँग आफ्नो रेकर्डको निरीक्षण गर्ने वा लिखित रूपमा प्रतिलिपिहरू अनुरोध गर्ने अधिकार छ।** यदि सजिलै निकाल्न सकिन्छ भने, हामी अनुरोध गरिएको फाराम र ढाँचामा रेकर्डहरू उपलब्ध गराउने छौं। यदि अनुरोध लिखित रूपमा हस्ताक्षर गरिएको छ र रेकर्ड कहाँ र कसलाई पठाउने भनी स्पष्ट रूपमा उल्लेख गरिएको छ भने, तपाईंले हामीलाई आफ्नो रेकर्डको प्रतिलिपि तेस्रो पक्षलाई पठाउन अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको रेकर्डको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न शुल्क लाग्न सक्छ। यदि सीमित परिस्थितिमा हामीले तपाईंको रेकर्डहरूमा पहुँच अस्वीकार गर्छौं भने, तपाईंले समयमै त्यसको निर्णय र कारणको लिखित सूचना प्राप्त गर्नु हुने छ।

यदि तपाईंलाई रेकर्डमा भएका जानकारी गलत वा अपूर्ण छ भन्ने लाग्छ भने तपाईंसँग **आफ्नो रेकर्डको संशोधन अनुरोध गर्ने अधिकार छ।** तपाईंले अनुरोधलाई समर्थन गर्ने कारण उपलब्ध गराउनु पर्छ। तपाईंलाई 60 दिनभित्र लिखित जवाफ उपलब्ध गराइने छ।

**तपाईंलाई PHI को खुलासाहरूको हिसाब प्राप्त गर्ने अधिकार छ,** तर हिसाबमा सबै खुलासाहरू (जस्तै उपचार उद्देश्यका लागि गरिएका) समावेश हुने छैनन्। तपाईंको अनुरोधमा खुलासाको लागि समय अवधि उल्लेख हुनुपर्छ, जुन अनुरोधको मितिभन्दा छ (6) वर्षभन्दा बढी समयको हुनु हुँदैन।

**तपाईं मध्यस्थ अवधि लगायत तीन (3) वर्ष सम्मको, अधिकार-पत्र अनुसार बनाइएको पदार्थ प्रयोग विकार जानकारी खुलासाको हिसाबको हकदार हुनुहुन्छ।**

**तपाईंसँग आफ्नो PHI वा पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीको प्रयोग वा खुलासामा प्रतिबन्ध अनुरोध गर्ने अधिकार छ।** यदि खुलासा भुक्तानी वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्ने उद्देश्यले स्वास्थ्य योजनाको लागि हो र कानूनद्वारा अन्यथा आवश्यक गरिएको छैन र यदि प्रतिबन्ध PHI वा पदार्थ प्रयोग विकार जानकारीमा लागू हुन्छ जुन तपाईंले पूर्ण रूपमा आफैले भुक्तानी गर्नुभएको सेवा वा वस्तुहरूसँग मात्र सम्बन्धित छ भने, हामी प्रतिबन्धको लागि तपाईंको अनुरोधमा सहमत हुन आवश्यक हुन्छ। अन्य सबै अनुरोधहरूको सम्बन्धमा, यदि कानूनद्वारा आवश्यक गरिएको छैन भने एजेन्सीले प्रतिबन्धमा सहमत हुन आवश्यक छैन तर यदि तिनीहरू अनुरोध गरिएको प्रतिबन्धको पालना गर्न सक्षम भएमा तपाईंलाई सूचित गरिने छ।

**तपाईंसँग हामीलाई निश्चित तरिकाले सम्पर्क गर्न अनुरोध गर्ने अधिकार छ** (उदाहरणका लागि, मेल वा इमेल मार्फत वा तपाईंको कार्यालयमा)। हामी उचित अनुरोधहरूको व्यवस्था मिलाउने छौं।

**तपाईंसँग कोष सङ्कलन सम्बन्धी सञ्चारहरू प्राप्त नगर्न छनौट गर्ने अधिकार छ।**

## गोपनीयता अभ्यासका परिवर्तनहरू

Fairfax County ले सङ्घीय र राज्य कानूनले अनुमति दिएअनुसार कुनै पनि समयमा हाम्रो गोपनीयता नीति र हाम्रा कुनै पनि गोपनीयता अभ्यासहरू परिवर्तन गर्ने

र हामीले कायम राखेका सबै PHI को परिवर्तनलाई प्रभावकारी बनाउने अधिकार सुरक्षित राख्छ।

गोपनीयता अभ्यासहरूको संशोधित सूचना पोस्ट गरिने छ र हाम्रो सेवा क्षेत्रहरू र वेबसाइटमा उपलब्ध हुने छ: [CSB सेवा र मूल्याङ्कनको परिचय](#) | [सामुदायिक सेवा बोर्ड](#) क्लिनिक रिसेप्सनिस्ट वा एजेन्सी गोपनीयता अधिकारीबाट पनि यसको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सकिन्छ।

## गुनासो

यदि तपाईंलाई आफ्नो गोपनीयता अधिकार उल्लङ्घन भएको छ भन्ने लाग्छ भने, तपाईंले Fairfax County सरकारको HIPAA अनुपालन अधिकारी, सम्बन्धित एजेन्सी HIPAA गोपनीयता अधिकारी वा [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa) मार्फत स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागमा लिखित गुनासो दायर गर्न सक्नुहुन्छ। कुनै निर्दिष्ट एजेन्सीमा गुनासो दायर गर्न, तपाईंले तलका गोपनीयता अधिकारीलाई सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म व्यापारिक समयमा सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ। *गुनासो दायर गर्दा हामी तपाईंलाई कुनै कारबाही गर्ने छैनौं।*

## सम्पर्क जानकारी

- Fairfax County को HIPAA अनुपालन अधिकारी 12000 Government Center Parkway Suite 533, Fairfax County Government Center Fairfax, VA 22035 703-324-2164, TTY 711 [hipaacomplianceofficer@fairfaxcounty.gov](mailto:hipaacomplianceofficer@fairfaxcounty.gov) or [www.fairfaxcounty.gov/hipaa](http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa)
- CSB मेडिकल रेकर्ड व्यवस्थापन 8221 Willow Oaks Corporate Drive, Suite 508, Fairfax, VA 22031, 703-383-8040, [csbmedicalrecords@fairfaxcounty.gov](mailto:csbmedicalrecords@fairfaxcounty.gov)

## यस सूचना प्राप्तिको स्वीकृति

तपाईंलाई तपाईंले यस सूचना प्राप्त गर्नुभएको छ भनी हस्ताक्षर गर्न आग्रह गर्न सकिन्छ। यदि तपाईंले हस्ताक्षर नगर्ने रोज्नुभयो भने, Fairfax County ले अझै पनि तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने छ र यसले यस सूचनामा वर्णन गरिएका तपाईंका अधिकारहरू प्रभावित हुने छैनन्।



सामुदायिक सेवा बोर्ड यस NPP द्वारा समेटिएका काउन्टी सेवाहरूमा जाति, रङ, राष्ट्रिय उत्पत्ति (LEP र प्राथमिक भाषा लगायत), लिङ्ग, उमेर वा असक्षमता आधारमा भेदभाव नगर्न प्रतिबद्ध छ। अनुरोध गरिएको अवस्थामा उचित आवास प्रदान गरिने छ। जानकारीको लागि, CSB सञ्चार टोलीलाई 703-383-8500 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा [csbcommunications@fairfaxcounty.gov](mailto:csbcommunications@fairfaxcounty.gov) मा इमेल गर्नुहोस्।