

# УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ ОБРАЩЕНИЯ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ – ПРОГРАММЫ FORWARDHEALTHS

**ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ОБЪЯСНЯЕТ, КАКИМ ОБРАЗОМ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАШИ ЛИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ И КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ТЩАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ.**

**ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ НЕ ВЛИЯЕТ НА ВАШИ ЛЬГОТЫ ИЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПОЛУЧЕНИЯ.**

Это уведомление отправлено участникам следующих подпрограмм программы ForwardHealth: Medicaid (МА, Medical Assistance (Медицинская помощь), T-19); BadgerCare Plus (Забота о жителях Висконсина); Family Care (Забота о семье); Medical Assistance Purchase Plan (Медицинское страхование) (МАРР); Program for all Inclusive Care for the Elderly (Программа всесторонней помощи престарелым) (РАСЕ); Partnership (Партнерство); Community Options Program-Waiver (Освобождение от оплаты по программе общественных альтернатив); Community Integration Program II (Программа 2 общественной интеграции); Community Integration Program 1A (Программа 1А общественной интеграции); Community Integration Program 1B (Программа 1Б общественной интеграции); Brain Injury Waiver (Освобождение от оплаты лечения при травме головного мозга); Community Supportive Living Arrangement (Соглашение об общественной поддержке необходимого уровня жизни) и IRIS (Include, Respect, I Self-Direct(Включение, уважение, самоуправление)).

**Spanish** – Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-800-362-3002

**Russian** – Если вам не всё понятно в этом документе, позвоните по телефону 1-800-362-3002

**Hmong** – Yog tias koj xav tau kev pab txhais lus los sis pab kom nkag siab cov ntauv no, thov hu rau 1-800-362-3002

**Laotian** – ຖ້າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ ຫຼື ເຂົ້າໃຈເອກະສານ, ຈົ່ງ ກະລຸນາ ກ່າວ ໂທຫາ 1-800-362-3002

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОБРАЩЕНИИ С ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Программа ForwardHealth Департамента здравоохранения и семейного обслуживания штата Висконсин стремится обеспечивать конфиденциальность ваших медицинских данных. Конфиденциальность вашей информации гарантируется согласно закону штата Wisconsin. Кроме того, действующее федеральное законодательство требует от программ медицинского страхования, таких как Medicaid, обеспечивать конфиденциальность ваших медицинских данных и сообщать вам, каким образом эти данные будут использоваться и каким третьим лицам или организациям они могут передаваться. В настоящем уведомлении разъясняется, каким образом ForwardHealth может использовать ваши медицинские данные и какими правами на конфиденциальность вашей информации наделяет вас закон. Медицинские данные, содержащиеся в этом уведомлении, могут включать касающуюся вас информацию, которая указывается в заявлениях о приёме в программы, а также в исковых заявлениях или других документах, рассматриваемых при принятии решения о предоставлении вам услуг медицинского страхования.

---

Если вы являетесь членом НМО (Организации по поддержанию здоровья) или другого страхового плана регулируемого медицинского обслуживания, вы можете получить и от этой программы уведомление с описанием её политики по данному вопросу.

Обязанности программы ForwardHealth по вопросу конфиденциальности информации:

- Обеспечивать конфиденциальность любой собранной или полученной медицинской информации, касающейся вас.
- Отправить вам это уведомление, объясняющее политику программы ForwardHealth по вопросу конфиденциальности личных медицинских данных, и правовое обоснование этой политики.
- Использовать медицинские данные или предоставлять их третьим лицам только в соответствии с условиями, указанными в этом уведомлении.
- Отправить вам новое уведомление, если изменится политика программы ForwardHealth по вопросу конфиденциальности личной информации.

### **В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ НЕ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ**

ForwardHealth не будет без вашего письменного разрешения использовать или раскрывать ваши медицинские данные ни при каких условиях, кроме тех, которые описаны в этом уведомлении. Вы можете в любое время отозвать это разрешение, послав заполненную форму-требование по адресу, указанному в разделе “To Use Your Rights” («Использование ваших прав») этого документа. Если вы отзовёте разрешение, то после этого ForwardHealth не сможет использовать или раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья для целей, предусмотренных вашим письменным разрешением. В случае отзыва разрешения ForwardHealth не сможет «вернуть» ни один из случаев раскрытия информации, которые произошли в период, когда разрешение было действительно. В экстренных случаях информация может передаваться без вашего разрешения, если это в ваших интересах с медицинской точки зрения. Вам сообщат о передаче вашей информации, как только это станет возможным. Ваше разрешение необходимо в большинстве случаев использования и передачи записей с сеансов психотерапии. Ваше разрешение требуется в случае передачи медицинской информации за определённую компенсацию, а также в случаях использования и передачи информации, не описанных в данном уведомлении.

### **В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИЛИ ПЕРЕДАВАТЬСЯ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ**

Ваши медицинские данные могут использоваться или передаваться без вашего письменного разрешения в целях лечения, оплаты, осуществления медицинской деятельности, а также по требованию закона. Ниже приведены примеры таких ситуаций. Предоставление некоторых услуг обеспечивается через контракты с другими государственными агентствами или частными компаниями. Ваша информация может в полном или частичном объёме передаваться без вашего разрешения другому агентству или компании для того, чтобы они могли выполнить ту работу, которую мы попросили их сделать. Это агентство или компания также должны обеспечивать конфиденциальность вашей информации.

В настоящем уведомлении перечислены не все ситуации, в которых могут использоваться или передаваться данные. Ниже описаны некоторые типичные случаи, когда медицинская информация используется или передаётся без письменного разрешения в целях проведения лечения, оплаты и осуществления медицинской деятельности.

**Варианты лечения** – ваши медицинские данные могут использоваться или передаваться для того, чтобы обеспечить вам получение необходимой медицинской помощи. Например, ваши медицинские данные могут быть переданы фармацевту, если вам потребуются рецептурные лекарства.

**Оплата** – ваши медицинские данные могут использоваться или передаваться третьим лицам и организациям без вашего письменного разрешения для выставления счетов и взимания платы за

---

оказанную помощь и предоставленные услуги. Кроме того, медицинские данные могут передаваться другим государственным программам, таким как Worker's Compensation (Компенсация для работников), Medicare или частным страховым компаниям для координации ваших льгот и платежей. Например, ваш врач предъявляет ForwardHealth счёт к оплате страхового возмещения. Этот счёт включает идентифицирующую вас информацию, и в нём указываются ваши диагноз и процедура лечения.

**Осуществление медицинской деятельности** – медицинские данные могут использоваться или передаваться с целью выполнения необходимых действий, связанных с предоставлением льгот или услуг, в рамках реализации программы. Эти действия могут включать процедуры по повышению качества и сокращению цен, такие как проведение или организация анализа медицинской работы, исследования по повышению качества, аудиторские проверки, программы по выявлению случаев мошенничества или злоупотреблений, управление или общее администрирование.

**Обмен медицинской информацией** – Мы можем предоставлять доступ к вашим медицинским данным в электронном виде посредством системы информационного обмена по запросу от иных поставщиков медицинских услуг, планов медицинского обслуживания и медицинских центров по сбору и распространению информации. Участие в информационном обмене также позволяет нам просматривать вашу информацию, предоставленную вышеуказанными учреждениями.

**Часть 2 – Защищаемые документы** – DHS будет использовать и передавать ваши документы в рамках Части 2 только так, как описано в настоящем «Уведомлении», или с вашего письменного согласия.

- В целях обмена информацией между сотрудниками программ Части 2 DHS, которым эта информация необходима в силу их обязанностей для осуществления диагностики, лечения или выписки направлений на лечение;
- Медицинскому персоналу для оказания неотложной медицинской помощи;
- Соответствующим сервисным организациям, предоставляющим услуги от нашего имени, которые соглашаются в письменной форме защищать данную информацию таким же образом, как обязаны защищать её мы;
- Правоохранительным органам, если вы совершили или угрожаете совершить преступление в наших учреждениях или против нашего персонала;
- Для сообщения о предполагаемом жестоком обращении с детьми и отсутствии заботы о них в соответствии с требованиями применимого законодательства
- Соответствующему персоналу -- для проведения исследований в соответствии с законами об утверждении и контроле;
- Соответствующему персоналу -- для проведения аудита или оценки программы, который а) в письменной форме соглашается защищать информацию в соответствии с нашими правилами, б) представляет федеральные, региональные или местные органы власти, официально уполномоченные контролировать нашу программу, или в) оказывает финансовую помощь программе или предоставляет оплату за медицинское обслуживание; или
- Органам здравоохранения при условии, что эта информация обезличена.

**Требования к согласию на использование или совместное использование документов в рамках Части 2:**

---

Когда требуется согласие. Мы будем просить вашего согласия на передачу ваших защищаемых Частью 2 документов в ситуациях, не перечисленных выше в Разделе I(a), в том числе:

- **В целях лечения, оплаты и осуществления медицинской деятельности.** Для того, чтобы получить возможность делиться вашими документами, защищаемыми Частью 2, с программами и другими поставщиками, которые лечат вас в учреждении DHS или в другой клинике, а также с вашей медицинской страховой компанией, чтобы получить оплату за предоставленные вам услуги, или в целях повышения качества и в других операционных целях, вы должны подписать форму согласия в рамках Части 2.
- **Единое разрешение:** Вы можете дать единое разрешение на все будущие случаи использования или передачи информации для целей лечения, оплаты и осуществления медицинской деятельности. Если получателем является организация, подпадающая под действие HIPAA (например, другой поставщик медицинских услуг или страховая компания), или деловой партнёр (например, компания, которая помогает поставщику медицинских услуг хранить медицинские записи), они могут передавать вашу информацию в соответствии с HIPAA, за исключением гражданских, уголовных, административных и законодательных разбирательств против вас. Вам нужно будет подписать отдельное разрешение, чтобы мы могли делиться вашими документами, защищаемыми Частью 2, в рамках обмена медицинской информацией (HIE). HIE предоставляет нам возможность передавать вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг (кабинетам врачей, больницам, лабораториям, радиологическим центрам и другим поставщикам) с помощью безопасных электронных средств. За получением дополнительной информации обращайтесь к своему поставщику услуг в рамках Части 2.
- **Обязательное лечение.** Если вас обязали пройти лечение в рамках программ части 2 DHS уголовно-правовой системы (включая суд по делам о наркотиках, условно-досрочное освобождение или условно-досрочное освобождение), вы должны подписать отдельную форму согласия, позволяющую нам передавать ваши документы, защищаемые в рамках Части 2, органам уголовно-правовой системы, таким как суды, представители службы пробации, сотрудники службы условно-досрочного освобождения, прокуратуры или сотрудники других правоохранительных органов. Срок действия вашего согласия (срок его действительности) и ваше право отозвать своё согласие могут быть более ограниченными, чем в стандартной форме согласия в рамках Части 2.
- **Программы мониторинга рецептурных препаратов.** Если по закону мы обязаны сообщать о препаратах SUD, которые мы назначаем или отпускаем в рамках государственной программы мониторинга рецептурных препаратов, мы можем передавать информацию, защищаемую в рамках Части 2, с вашего письменного согласия.
- **Гражданские, уголовные, административные или законодательные процедуры.** Для того, чтобы мы могли передать ваши документы, защищаемые в рамках Части 2, или дать показания об информации, содержащейся в документах, которые фигурируют в ходе гражданского, уголовного, административного или законодательного расследования, а также судебного разбирательства против вас, вы должны подписать отдельную форму согласия в рамках Части 2.
- **Другие случаи использования или передачи ваших медицинских данных.** DHS будет использовать и передавать документы, защищаемые в рамках Части 2, но не описанные в настоящем «Уведомлении», только с вашего согласия.

---

**Отзыв (отмена) вашего согласия.** Вы можете отозвать своё согласие в любое время, за исключением случаев, когда DHS уже предпринял какие-то действия в соответствии с ним. Вы можете отозвать согласие, направив письменный запрос специалисту DHS по вопросам конфиденциальности, или попросить о предоставлении вам разумных условий для того, чтобы воспользоваться альтернативным вариантом отзыва, связавшись с вашим поставщиком в рамках Части 2.

**Другие способы использования или передачи вашей медицинской информации без письменного разрешения:**

**Здравоохранение** – информация может передаваться органам здравоохранения или другим полномочным государственным структурам, по закону имеющим право собирать или получать информацию, с тем чтобы содействовать предотвращению или контролю болезней, травм, нетрудоспособности, инфекции, случаев жестокого обращения с детьми или насилия в отношении членов семьи. В число таких полномочных структур могут также входить местные, региональные или федеральные органы власти. Например, ваши медицинские данные могут передавать в случае, если вы заразились инфекционным заболеванием или можете подвергнуться иному риску заражения или распространения инфекции.

**Контрольная деятельность в сфере здравоохранения** – информация может передаваться другим государственным учреждениям для обеспечения надзора за системой здравоохранения. Например, случаи лицензирования и проверки медицинских учреждений, аудиты или другие процедуры, связанные с надзором за системой здравоохранения.

**Коронеры, судебно-медицинские эксперты или директора похоронных бюро** – ваши медицинские данные могут передаваться судебно-медицинским экспертам, коронерам или директорам похоронных бюро для выполнения их предусмотренных законом обязанностей. Например, эти данные могут быть необходимы для опознания умершего человека.

**Для донорства органов** – если вы являетесь донором органов, информация может передаваться организации, которая находит или пересаживает органы, для целей трансплантации органов или донорства.

**Компенсация для работников** – ваши данные могут передаваться в соответствии с законом о Worker's Compensation (Компенсации для работников) или аналогичными законами.

**Маркетинг** – мы вправе связаться с вами для того, чтобы сообщить о медицинских льготах или услугах, которые могут вас заинтересовать. В случае получения компенсации от третьих лиц за предоставление информации о прочих услугах или продукции (за исключением напоминаний о повторном получении рецептурного лекарства или наличия в аптеке непатентованных лекарственных средств [дженериков]), мы обязаны получить ваше разрешение, прежде чем передать данные этим третьим лицам.

**Общественная безопасность** – ваши данные могут передаваться с целью предотвращения или сокращения серьёзной угрозы вашему здоровью или безопасности, здоровью или безопасности других людей или общественности.

**Особые правительственные функции** – ваша информация может предоставляться правительству или использоваться им для выполнения особых правительственных функций. Например, ваши данные могут передаваться соответствующим военным ведомствам, если вы состоите или состояли на службе в вооружённых силах США.

---

**Правоохранительные органы** – ваша информация может передаваться по требованию судебных или правоохранительных органов. Например, медицинские данные могут использоваться для опознания или определения местонахождения пропавшего человека.

**Суд или другие судебные разбирательства** – ваша информация может передаваться в соответствии с судебным ордером.

**Требования закона** – в дополнение к вышеперечисленным случаям, в которых могут передаваться ваши медицинские данные, ForwardHealth может передавать ваши данные в тех случаях, когда этого требует закон. Например, данные могут передаваться в целях охраны правопорядка или государственной безопасности, по постановлению суда, для оказания помощи при стихийных бедствиях, проверки нашей деятельности государственными организациями, для предотвращения серьезных угроз здоровью или безопасности, а также в других чрезвычайных ситуациях.

**Передача информации страхователям** – мы вправе передавать ваши медицинские данные страхователю группового плана с целью распределения льгот в рамках этого плана. Если у вас есть групповой план медицинского страхования, то спонсором плана является ваш работодатель.

**Медицинские исследования** – в некоторых случаях (и только после выполнения специальной процедуры согласования) мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию в целях содействия медицинским исследованиям.

**Применимость более строгого регионального законодательства** – некоторые виды использования и передачи информации, описанные в настоящем уведомлении, могут иногда ограничиваться применимыми региональными законами, более строгими, чем федеральные законы, в том числе в отношении передачи информации, связанной с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными веществами, инвалидностью в связи с проблемами развития, злоупотреблением алкоголем и другими наркотиками (AODA) и тестированием на ВИЧ.

## **ВАШИ ПРАВА НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Вы имеете право:

**На просмотр или копирование ваших личных медицинских данных** – для того чтобы просмотреть или получить электронную или бумажную копию заявления о приёме в программу, искового заявления или других документов, рассматриваемых при принятии решения о предоставлении вам услуг медицинского страхования, вы должны отправить заполненную форму-требование по адресу, указанному в разделе “To Use Your Rights” («Использование ваших прав») настоящего документа. ForwardHealth не будет включать информацию, подготовленную для судебных исков или разбирательств. С вас будет взиматься разумная плата за оплату расходов, связанных с вашим запросом.

**Изменить информацию, которую вы считаете неправильной или неполной** – попросить о внесении изменений в информацию, указанную при регистрации, в претензии или другие документы, используемые для принятия решений о предоставлении вам услуг по плану медицинского страхования, вы должны отправить заполненную форму запроса по адресу, указанному в разделе (“To Use Your Rights”) «Использование ваших прав» этого документа. Ваш запрос будет рассмотрен. Если изменение не принимается, вам укажут причину отказа в письменной форме, а также сообщат, каким образом вы можете опротестовать это решение.

**Попросить предоставить вам список лиц и организаций, которым была передана ваша информация, и указать причину такой передачи** – такой список не будет включать информацию, используемую для оплаты вашего лечения, осуществления нашей медицинской деятельности, а также

---

любую информацию, уже предоставленную в предыдущем списке, и данные, касающиеся национальной безопасности, правоохранительных органов/исправительных учреждений или определенных мероприятий по надзору за системой здравоохранения. Список не может охватывать период прошлого, превышающий шесть лет. ForwardHealth будет предоставлять один список в год бесплатно. За дополнительные списки с вас может взиматься плата. Чтобы получить такой список, отправьте заполненную форму-требование по адресу, указанному в разделе “To Use Your Rights” («Использование Ваших прав») этого документа.

**Попросить об ограничении использования или распространения ваших медицинских данных для целей лечения, оплаты или осуществления медицинской деятельности** – вы имеете право попросить ограничить способы использования или передачи вашей информации. ForwardHealth не обязан соглашаться с вашим требованием об ограничении. Ваша просьба будет рассмотрена после того, как вы отправите заполненную форму просьбы по нижеуказанному адресу. Мы сообщим вам, можем ли мы удовлетворить вашу просьбу об ограничении.

**Попросить, чтобы вас информировали о вашем здоровье таким образом или в таком месте, которое поможет сохранить вашу информацию в тайне** – вы имеете право попросить ForwardHealth о том, как и где связываться с вами по поводу вашей медицинской информации. После отправки заполненной формы просьбы на адрес, указанный в разделе “To Use Your Rights” («Использовать свои права») этого документа, ваша просьба будет рассмотрена, и ForwardHealth сообщит вам, может ли её выполнить.

**Получить письменную копию этого уведомления** – если вы получили это уведомление на веб-сайте DHS или по электронной почте, вы имеете право запросить и получить бумажную копию этого уведомления, позвонив в Службу поддержки участников по телефону 800 -362-3002.

**Право на уведомление о нарушении** – по закону мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей информации, уведомлять вас о своих юридических обязанностях и правилах обеспечения конфиденциальности вашей информации, а также уведомлять вас о нарушении конфиденциальности закрытой медицинской информации, не обеспеченной защитой.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАШИХ ПРАВ**

Чтобы воспользоваться любым из этих прав или получить копию формы запроса об ознакомлении, копировании, внесении изменений, ограничении или отчетности в отношении вашей медицинской информации, позвоните в Службу поддержки участников по телефону 1 -800- 362-3002. Пошлите заполненную форму-требование о соблюдении конфиденциальности по адресу DHS Privacy Officer, 201 E. Washington Ave Room E200B. Madison WI 53707-7850

## **ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ**

Настоящее уведомление может быть изменено или дополнено в любое время. Эти изменения будут распространяться на всю медицинскую информацию, включая все имеющиеся данные. В случае внесения существенных изменений вам будет выслано извещение о том, как получить новое уведомление. ForwardHealth также поместит новое уведомление на информационной странице своего интернет-сайта: <http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/privacynotice.htm>. **До внесения изменений ForwardHealth будет следовать положениям действующего варианта уведомления.**

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Если у вас есть вопросы по какой-либо части настоящего уведомления или если вы хотите получить дополнительную информацию о наших правилах обеспечения конфиденциальности, обращайтесь по адресу DHS Privacy Officer, 201 E. Washington Ave Room E200B. Madison WI 53707-7850

---

## **ЖАЛОБЫ**

Если вы считаете, что мы нарушили ваши права на сохранение конфиденциальности, вы можете подать жалобу. Вы не потеряете льготы или возможность участия в программе, и вам не придётся отвечать каким-либо иным образом за подачу жалобы. Письменные жалобы относительно этого уведомления, того, как ForwardHealth обрабатывает вашу медицинскую информацию, или если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, следует отправлять по адресу: the DHS Privacy Officer, 201 E. Washington Ave Room E200B. Madison WI 53707-7850.

Кроме того, вы можете подать жалобу непосредственно Министру здравоохранения и социальных служб США, написав по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F ННН Bldg., Washington, D.C. 20201. Для получения дополнительной информации позвоните по телефону 1-800-368-1019 или по номеру линии TDD 1-800-537-7697 или посетите веб-страницу по адресу -<http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

## **ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ И ЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЕ**

Мы предоставим копию нашего уведомления при регистрации и будем напоминать вам не реже одного раза в три года, где найти уведомление и как получить его копию, если она вам нужна. Мы также публикуем на нашем веб-сайте последнее «Уведомление о правилах обращения с личной информацией», в котором будет описано, как может быть использована и передаваться ваша медицинская информация, а также ваши права в отношении своей медицинской информации. При внесении существенных изменений в уведомление мы публикуем информацию о таком изменении на веб-сайте для вашего ознакомления. Кроме того, после внесения такого существенного изменения мы включим описание внесённого изменения и информацию о том, как получить копию пересмотренного уведомления, в нашу следующую ежегодную рассылку всем адресатам.

**Если у вас нет вопросов по данному уведомлению, вам ничего не нужно делать. Помните, что это уведомление не влияет на ваше медицинское обслуживание.**

Данное уведомление вступает в силу с: 30 января 2026 года



Wisconsin Department of Health Services  
Division of Medicaid Services  
P-13040R (02/2026)