洛杉磯縣精神健康局 (DMH)

HIPAA 隱私規則：45 C.F.R.§164.530(d)

HIPAA 隱私投訴表格

我們會儘可能把您在此表格提供的資料保密。但為了調查您的投訴，我們可能需要透露您的資料。任何人皆可提出投訴，工作人員也可以用此表格舉報其他觸犯 HIPAA 規則的工作人員。

第一部份 – 此違反隱私投訴表格填報者

姓	首名	中間名簡寫	出生日期	居住電話
街道地址	公寓號碼	城市	州	郵區號碼
最佳聯絡您的方法			聯絡最佳時間	

第二部份 –HIPAA 隱私投訴表格 – 同意把您的姓名透露 (可選擇的)

☐ 為了調查此項投訴，我同意把我的姓名透露。(在法律規定的限度內，我們不會把我們調查所用有關您的資料透露。)

☐ 我不同意把我的姓名透露。(不能採用您的姓名可能會阻碍我們的調查。)

第三部份 – 受投訴者

個人/機構				電話號碼
地址	辦公室號碼	城市	州	郵區號碼

我有理由相信該機構/人:

☐ 不適當地把我的個人健康資料透露。

☐ 不適當地處理我的個人健康資料。

☐ 拒絕讓我取得我的個人健康資料

☐ 不適當地使用我的個人健康資料。

☐ 拒絕讓我修正我的個人健康資料。

☐ 該機構的隱私權政策和程序違反 HIPAA 的規定

您有沒有證人: ☐ 有 ☐ 無

證人姓名	地址:	電話:
證人姓名	地址:	電話:

HIPAA 隱私投訴表格 (續上)

請詳細敘述觸犯您隱私權的投訴。您提供的資料需包括發生何事，何時、何地、如何以及您所知道爲何發生。如需提供更多資料，請寫在附加的紙張上。

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

向 DMH 提出投訴是自願性的。但是如果我們缺乏以上您提供的資料，DMH 便不能就您的投訴進行調查。我們是根據 1996 年的「健康保險可移動性和責任性法案」(Health Insurance Portability and Accountability Act)下的隱私權規則所賦予的權力而收集此等資料。爲了執行可能觸犯健康資料隱私權的調查、內部系統的操作、或因爲例行的應用，包括因爲要執行保護健康資料隱私權的規定而需向 DMH 以外披露姓名或其它個人資料，以及得到法律的容許，我們需要把姓名或其它身份資料透露。**DMH 不可以因爲您提出投訴或採取任何行動以行使隱私權法則賦予您的權利而對您提出威脅、恐嚇、壓制、歧視或報復**。您可以通過把同樣的資料寫在信件上而提出您的投訴。您的投訴書需郵寄到洛杉磯縣精神健康局，病人權利事務所 **County of Los Angeles – Department of Mental Health, Patients' Rights Office: 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020**。您並且可以向「美國健康和人事服務局」的「民權事務部」(**Office for Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services**) 提出投訴。

_____ _____

當事人/當事人代表/投訴者簽名 日期

_____

如果簽名者是當事人的代表人，請注明關係和有關授權。

- 您是否已填好表格所要求的資料？
- 您是否提供了您的聯絡電話和地址？
- 請不要忘記貼上郵票