Quận Los Angeles Bộ Sức Khỏe Tâm Thần (DMH)
Luật Bảo Mật HIPAA: 45 C.F.R. § 164.530 (d)

ĐƠN KHIẾU NẠI HIPAA VỀ QUYỀN BẢO MẬT

Những tin tức quý vị ghi vào đây sẽ được giữ kín đến mức độ có thể thực hiện được. Tuy nhiên, chúng tôi có thể phải tiết lộ những tin tức này để điều tra sự khiếu nại của quý vị. Bất cứ người nào cũng có thể nộp đơn khiếu nại. Các thành viên của lực lượng công nhân có thể dùng mẫu đơn này để báo cáo những hành động vi phạm HIPAA do những người khác trong lực lượng công nhân.

Phần I – Người Điền Đơn Khiếu Nại Quyền Bảo Mật

HỌ	TÊN	TÊN LÓT	NGÀY SANH	ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ	APT.#	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	ZIP CODE

CÁCH LIÊN LẠC TỐT NHẤT	GIỜ THUẬN TIỆN NHẤT

PHẦN II – Đơn Khiếu Nại HIPAA Về Quyền Bảo Mật – Đồng Ý Cho Tiết Lộ Tên Của Quý Vị (tùy ý)

☐ Tôi đồng ý cho tiết lộ tên của tôi trong cuộc điều tra về vụ khiếu nại này. (Những tin tức về quý vị trong cuộc điều tra của chúng tôi sẽ không bị tiết lộ, theo tầm mức luật pháp cho phép.)

☐ Tôi không đồng ý cho tiết lộ tên của tôi. (Cuộc điều tra của chúng tôi có thể bị cản trở nếu không được dùng tên của quý vị.)

PHẦN III – Khiếu Nại Quyền Bảo Mật Chống Lại

CÁ NHÂN/CƠ QUAN	ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ	SUITE#	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	ZIP CODE

Tôi có lý do để nghĩ rằng cơ quan/cá nhân này đã:

☐ Tiết lộ không phù hợp tin tức sức khỏe cá nhân của tôi.

☐ Hủy bỏ không phù hợp tin tức sức khỏe cá nhân của tôi.

☐ Khước từ không cho tôi xem tin tức sức khỏe cá nhân của tôi.

☐ Xử dụng không phù hợp tin tức sức khỏe cá nhân của tôi.

☐ Bác bỏ điều bổ sung về tin tức sức khỏe cá nhân của tôi.

☐ Những chính sách và thủ tục riêng của cơ quan này vi phạm những điều kiện của HIPAA.

Quý vị có (những) nhân chứng không? ☐ **Có** ☐ **Không**

TÊN NHÂN CHỨNG	ĐỊA CHỈ:	ĐIỆN THOẠI
TÊN NHÂN CHỨNG	ĐỊA CHỈ:	ĐIỆN THOẠI

ĐƠN KHIẾU NẠI HIPAA VỀ QUYỀN BẢO MẬT (Tiếp theo)

Xin miêu tả với đầy đủ chi tiết về sự khiếu nại về tính bảo mật cho quý vị, bao hàm hết về chuyện gì, lúc nào, nơi nào và, nếu quý vị biết, tại sao sự việc đã xảy ra. Dùng thêm giấy nếu cần cho thêm chi tiết.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

==========

Nộp đơn khiếu nại với DMH là việc tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không có những tin tức được yêu cầu như trên, DMH có thể không tiến hành được với cuộc điều tra về sự khiếu nại của quý vị. Chúng tôi thâu thập những tin tức này dưới quyền lực của Luật Bảo Mật được cấp theo Đạo Luật năm 1996 về Bảo Hiểm Sức Khỏe Di Động và Có Trách Nhiệm. Tên và chi tiết khác về các cá nhân sẽ được tiết lộ khi cần thiết để điều tra về những sự có thể vi phạm đến tính bảo mật tin tức y tế, cho việc điều hành tổ chức nội bộ, hoặc cho những công việc thông thường, kể cả việc tiết lộ tin tức ra ngoài DMH với mục đích liên quan đến sự tuân phục theo tính bảo mật tin tức y tế và theo luật pháp cho phép. DMH không được hăm dọa, đe dọa, cưỡng ép, kỳ thị hoặc trả đũa ngược lại quý vị vì sự khiếu nại này, hoặc vì bất cứ hành động nào khác mà quý vị làm để thi hành quyền hạn của mình theo Luật Bảo Mật. Quý vị không bắt buộc phải dùng mẫu đơn này. Quý vị có thể viết một lá thư khiếu nại có đủ những tin tức giống như đơn này. Xin gởi thư khiếu nại đến Bộ Sức Khỏe Tâm Thần của Quận Los Angeles, Văn Phòng Quyền Lợi Bệnh Nhân, 550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại tại Văn Phòng cho Nhân Quyền, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sự của Hoa Kỳ.

==========

Chữ

_____ _____

Chữ Ký của Thân Chủ/ Đại diện cho Thân Chủ/ Người Nộp Đơn Khiếu Nại **Ngày**

_____

Nếu được ký bởi người đại diện cá nhân của thân chủ, xin cho biết sự liên hệ và quyền lực để đại diện.

- **Quý vị đã điền đầy đủ những tin tức cần thiết trong đơn chưa?**
- **Quý vị đã cho số điện thoại và địa chỉ để chúng tôi có thể liên lạc chưa?**
- **Xin đừng quên dán tem.**