



# Notice of Privacy Practice

## הודעה על נוהל פרטיות

הודעה על נוהל פרטיות	Notice of Privacy Practice
רשת הבריאות של מרכז ווסטצ'סטר הרפואי	Westchester Medical Center Health Network
הודעה על נוהלי פרטיות	Notice of Privacy Practices
הודעה זו מתארת כיצד ניתן להשתמש ולחשוף מידע בריאותי אודותיך וכיצד תוכל לקבל גישה למידע זה. אנא עיין בהודעה זו בעיון	THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY
אנו מחויבים לפרטיות שלך	WE ARE COMMITTED TO YOUR PRIVACY
רשת הבריאות של מרכז ווסטצ'סטר הרפואי (WMCHHealth) נדרשת על פי חוק להגן על פרטיות המידע הבריאותי שעלול לחשוף את זהותך, ולספק לך עותק של הודעה זו המתארת את נוהלי הפרטיות של מידע הבריאות של בית החולים שלנו, הצוות הרפואי שלנו, וספקי שירותי בריאות קשורים המספקים במשותף שירותי בריאות עם בית החולים שלנו. אנו נשתמש או נחשוף (נשתף) רק את המידע הבריאותי שלך כמתואר בהודעה זו. תתבקש לחתום על אישור על קבלת הודעה זו.	Westchester Medical Center Health Network (WMCHHealth) is required by law to protect the privacy of health information that may reveal your identity, and to provide you with a copy of this notice that describes the health information privacy practices of our hospital, its medical staff, and affiliated health care providers that jointly provide health care services with our hospital. We will only use or disclose (share) your health information as described in this Notice. You will be asked to sign an acknowledgement that you have received this Notice.
אם יש לך שאלות כלשהן לגבי הודעה זו או שתרצה מידע נוסף, צור קשר עם קצין הפרטיות בטלפון (914) 493-2600.	If you have any questions about this notice or would like further information, please contact the Privacy Officer at (914) 493-2600.
מי עוקב אחר הודעה זו?	WHO FOLLOWS THIS NOTICE?
כל העובדים, הצוות הרפואי, החניכים, הסטודנטים, המתנדבים והסוכנים של WMCHHealth במקומות המפורטים להלן, פועלים לפי נוהלי הפרטיות הללו. WMCHHealth כולל:	All employees, medical staff, trainees, students, volunteers, and agents of WMCHHealth at the locations listed below, follow these privacy practices. WMCHHealth includes:
<ul style="list-style-type: none"> <li>מרכז ווסטצ'סטר הרפואי כולל בית החולים של מריה פארי לילדים, מרכז בריאות ההתנהגות, בית החולים האזורי של מידהדסון</li> <li>בית החולים השומרוני הטוב של סופרן, NY</li> <li>בית החולים הקהילתי של סנט אנתוני</li> <li>בית חולים קהילתי של בון סקורס</li> <li>פרנסיס הקדוש בנואלס, (מרכז הר אלומו)</li> <li>Villa Francis at the Knolls, Inc. (ביתן שרוויה)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Westchester Medical Center including Maria Fareri Children's Hospital, Behavioral Health Center, MidHudson Regional Hospital</li> <li>Good Samaritan Hospital of Suffern, NY</li> <li>St. Anthony Community Hospital</li> <li>Bon Secours Community Hospital</li> <li>St. Francis at the Knolls, (Mt. Alvemo Center)</li> <li>Villa Francis at the Knolls, Inc. (Schervier</li> </ul>

	Pavilion)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בית החולים הילת'אליינס, קמפוס שדרת מרי</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HealthAlliance Hospital, Mary's Avenue Campus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בית החולים של מרגרטוויל</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Margaretville Hospital</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מרכז טיפול למגורים בהר צלע</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mountainside Residential Care Center</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מרכז ווסטצ'סטר הרפואי לשירותים רופאיים מתקדמים, מרכז ציבורי.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Westchester Medical Center Advanced Physician Services, PC.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• קבוצה רפואית של מערכת בריאות צדקה של בון סקורס, מרכז ציבורי.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bon Secours Charity Health System Medical Group, PC.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מרכז לחדשנות אזורית בתחום הבריאות</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Regional Healthcare Innovation</li> </ul>
שימוש ושיתוף המידע שלך	USING AND SHARING YOUR INFORMATION
סעיף זה מתאר את הדרכים השונות בהן אנו עשויים להשתמש ולשתף את המידע שלך.	This section describes the different ways that we may use and share your information.
אנו משתמשים ומשתפים בעיקר את המידע שלך למטרות טיפול, תשלום וטיפול רפואי.	We mainly use and share your information for treatment, payment, and health care operation purposes.
המשמעות היא שאנו משתמשים ומשתפים את המידע הבריאותי שלך:	This means we use and share your health information:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• עם ספקי שירותי בריאות אחרים שמטפלים בך או עם בית מרקחת שממלא את המרשם שלך;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• With other health care providers who are treating you or with a Pharmacy that is filling your prescription;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• עם תוכנית הביטוח שלך כדי לגבות תשלום עבור שירותי בריאות או כדי לקבל אישור מראש לטיפול שלך; ו</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• With your insurance plan to collect payment for health care services or to get pre-approval for your Treatment; and</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• לנהל את העסק שלנו, לשפר את הטיפול שלך, לחנך את אנשי המקצוע שלנו ולהעריך את ביצועי הספקים.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To run our business, improve your care, educate our professionals, and evaluate provider performance.</li> </ul>
לפעמים אנו עשויים לחלוק את המידע שלך עם שותפינו העסקיים, כגון שירות חיוב, שעוזרים לנו בפעילות העסקית שלנו. כל השותפים העסקיים שלנו חייבים להגן על הפרטיות והאבטחה של המידע הבריאותי שלך בדיוק כפי שאנו עושים.	Sometimes we may share your information with our business associates, such as a billing service, who help us with our business operations. All of our business associates must protect the privacy and security of your health information just as we do.
אנו עשויים גם להשתמש או לשתף את המידע שלך כדי ליצור איתך קשר:	We may also use or share your information to contact you:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• על הטבות או שירותים הקשורים לבריאות;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• About health-related benefits or services;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• על המינויים הקרובים שלך;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• About your upcoming appointments;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• כדי לראות אם תרצו לקחת חלק בפרויקטי מחקר;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To see if you would like to take part in research projects;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• על גיוס כספים עבור WMCHHealth.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• About fundraising for WMCHHealth.</li> </ul>
יש לך את הזכות לבטל את הסכמתך לתקשורת לגיוס	You have the right to opt out of fundraising

<p>כספים. תוכל לעשות זאת על ידי יצירת קשר עם משרד הקרן של WMCHHealth בכתובת foundation@wmchealth.org או בטלפון .914-493-2575</p>	<p>communications. You can do this by contacting WMCHHealth's Foundation Office at foundation@wmchealth.org or by phone at 914-493-2575.</p>
<p>אם אינך מעוניין לקבל הודעה על פרויקטי מחקר שאולי תוכל להשתתף בהם, תוכל ליצור קשר בכתב עם מכון המחקר של מרכז ווסטצ'סטר הרפואי אל מרכז ווסטצ'סטר הרפואי, משרדי ההנהלה בטיילור פביליון מערב, Woods Road, Valhalla, New York 100, או בטלפון 914-493-6280.</p>	<p>If you do not wish to be notified of research projects you may be able to participate in, you can contact the Westchester Medical Center's Research Institute in writing to Westchester Medical Center, Executive Offices Taylor Pavilion West, 100 Woods Road, Valhalla, New York 10595, or by phone at 914-493-6280.</p>
<p>הגנות מיוחדות חלות אם אנו משתמשים או משתפים מידע בריאותי רגיש. זה כולל מידע הקשור ל-HIV, מידע על בריאות הנפש, מידע על טיפול באלכוהול או בסמים, או מידע גנטי. לדוגמה, על פי חוק מדינת ניו יורק, מידע סודי הקשור ל-HIV ניתן לשתף רק עם אנשים המורשים לקבל אותו על פי חוק, או אנשים שהרשית לקבל אותו על ידי חתימה על טופס הרשאה ספציפי. אם הטיפול שלך כולל מידע זה, תוכל ליצור קשר עם קצין הציות/פרטיות בטלפון 914-493-2600 להסבר נוסף.</p>	<p>Special protections apply if we use or share sensitive health information. This includes HIV-related information, mental health information, alcohol or drug abuse treatment information, or genetic information. For example, under New York State law, confidential HIV-related information can only be shared with persons allowed to have it by law, or persons you have allowed to have it by signing a specific authorization form. If your treatment involves this information, you may contact the Compliance/Privacy Officer at 914-493-2600 for further explanation.</p>
<p>כמו כן, אנו רשאים, ולעתים מחויבים על פי חוק, לשתף את המידע שלך בדרכים אחרות. עלינו לעמוד בתנאים רבים בחוק לפני שנוכל לשתף את המידע שלך מהסיבות הבאות. כמה דוגמאות מכל אחת מהן כוללות:</p>	<p>We are also allowed, and sometimes required by law, to share your information in other ways. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for the following reasons. Some examples of each include:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בריאות ובטיחות הציבור: דיווח על מחלות, לידות או מקרי מוות; דיווח על חשד להתעללות, הזנחה או אלימות במשפחה; כדי למנוע איום חמור לבריאות או לביטחון הציבור; ניטור ריקול מוצרים; ודיווח מידע למטרות בטיחות ואיכות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Public Health and Safety: reporting diseases, births, or deaths; reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence; to avoid a serious threat to health or public safety; monitoring product recalls; and reporting information for safety and quality purposes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מחקר: ניתוח פרויקטים של רישום בריאות שאושרו על ידי מועצת הביקורת המוסדית שלנו (IRB) והם בעלי סיכון נמוך לפרטיות; הכנה למחקר מחקר; מחקרים הכוללים רק מידע של מורשים.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Research: analyzing health record projects that have been approved by our Institutional Review Board (IRB) and are of low risk to your privacy; preparing for research study; studies that only involve decedents' information.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• הליכים משפטיים ומנהליים: מענה לצו בית משפט או צו מנהלי.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Judicial and Administrative Proceedings: responding to a court or administrative order.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• פיצויי עובדים ובקשות ממשלתיות אחרות: פיצויי</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Workers' Compensation and other</li> </ul>

<p>עובדים תובעים תשלום או שימועים; סוכנויות פיקוח בריאות לפעילויות המורשות על פי חוק; תפקידים ממשלתיים מיוחדים (צבאי, ביטחון לאומי).</p>	<p>Government Requests: workers' compensation claims payment or hearings; health oversight agencies for activities authorized by law; special government functions (military, national security).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• אכיפת חוק: עם פקיד אכיפת חוק כדי לזהות או למצוא חשוד או נעדר.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Law Enforcement: with a law enforcement official to identify or find a suspect or missing person.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ציות לחוק: למחלקת הבריאות ושירותי האנוש כדי לראות אם אנו מצייתים לחוק הפרטיות הפדרלי.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comply with the Law: to the Department of Health and Human Services to see if we are complying with federal privacy law.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• מצב סיוע באסון: שיתוף מיקומך ומיקומך הכללי במטרה ליידע את המשפחה, החברים והסוכנויות המוסמכות על פי חוק כדי לסייע במצבי חירום.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disaster Relief Situation: sharing your location and general location for the purpose of notifying your family, friends, and agencies chartered by law to assist in emergency situations.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• לארגונים המטפלים בתרומת איברים, רקמות או עיניים והשתלות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To organizations that handle organ, tissue, or eye donation or transplantation.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• לחוקר מקרי מוות, לבודק רפואי או למנהל הלוויה לפי הצורך כדי לבצע את עבודתם.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• To a Coroner, Medical Examiner, or Funeral Director as needed to do their jobs.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• אגב שימוש או גילוי מותר: קריאת שמך באזור המתנה לקביעת פגישה ואחרים באזור המתנה עשויים לשמוע את שמך נקרא. אנו עושים מאמצים סבירים להגביל את השימושים והגילויים האקראיים הללו.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidental to a Permitted Use or Disclosure: calling your name in a waiting area for an appointment and others in the waiting area may hear your name called. We make reasonable efforts to limit these incidental uses and disclosures.</li> </ul>
<p>במצבים הבאים, אנו עשויים להשתמש או לשתף את המידע שלך, אלא אם תתנגד, או אם תיתן לנו אישור ספציפי. אם מסיבות מסוימות אינך יכול לספר לנו את העדפותיך, למשל אם אתה מחוסר הכרה, אנו עשויים לשתף את המידע שלך אם אנו מאמינים שזה לטובתך.</p>	<p>In the following situations, we may use or share your information, unless you object, or if you specifically give us permission. If for some reasons you are not able to tell us your preferences, for example if you are unconscious, we may share your information if we believe it is in your best interest.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• למדריך המטופלים שלנו, כולל במחלקת שירותי הכומר שלנו, כגון כומר או רב.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For our patient directory, including in our Chaplaincy Services Department, such as a Priest or Rabbi.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• עם המשפחה, החברים או האחרים המעורבים בטיפול שלך או בתשלום עבור הטיפול שלך.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• With your family, friends, or others involved in your care or payment for your care.</li> </ul>
<p>במצבים הבאים, אנו נשתמש או נשתף את המידע שלך רק אם תיתן לנו רשות:</p>	<p>In the following situations, we will only use or share your information if you give us permission:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• למטרות שיווקיות</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For marketing purposes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• למכירת המידע שלך או תשלומים מצד שלישי</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For the sale of your information or payments from a third party</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• לשיתוף רוב הערות הפסיכותרפיה</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For sharing of most psychotherapy notes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• כל סיבות אחרות שאינן מתוארות בהודעה זו</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Any other reasons not described in this</li> </ul>

	Notice
אתה יכול לבטל (להחזיר) את ההרשאה הזו, למעט כאשר כבר הסתמכנו עליה. אנא כתוב למשרד הבריאות לניהול מידע, פרטי הקשר מופיעים בעמוד האחורי של הודעה זו.	You can revoke (take back) that permission, except when we have already relied on it. Please write to the Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice.
הזכויות שלך	YOUR RIGHTS
בכל הנוגע למידע הבריאותי שלך, יש לך זכויות מסוימות. אתה יכול:	When it comes to your health information, you have certain rights. You may:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בדוק והשג עותק של כל מידע בריאותי שעשוי לשמש לקבלת החלטות לגביך ועל הטיפול שלך כל עוד אנו שומרים מידע זה ברשומות שלנו. זה כולל רשומות רפואיות וחשבונות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspect and obtain a copy of any of your health information that may be used to make decisions about you and your treatment for as long as we maintain this information in our records. This includes medical and billing records.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בדוק או השג עותק של המידע הבריאותי שלך, אנא שלח את בקשתך בכתב למנהל הבכיר, המחלקה לניהול מידע בריאותי, פרטי הקשר מופיעים בעמוד האחורי של הודעה זו.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspect or obtain a copy of your health information, please submit your request in writing to the Senior Director, Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- אם תבקש עותק של המידע, תחויב בתשלום עבור עלויות ההעתקה, הדיור או אספקה אחרת שבה אנו משתמשים כדי למלא את בקשתך. התשלום הסטנדרטי הוא \$0.75 לדף אם נייר ותעריף קבוע של \$6.75 לתקליטור, ובדרך כלל יש לשלם אותו לפני או בזמן שאנו נותנים לך את העותקים.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- If you request a copy of the information, you will be charged a fee for the costs of copying, mailing or other supplies we use to fulfill your request. The standard fee is \$0.75 per page if paper and \$6.75 flat rate for a CD and must generally be paid before or at the time we give the copies to you.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- אנו נגיב לבקשתך לבדיקת רישומים תוך 10 ימים. בדרך כלל אנו נגיב לבקשה לקבלת עותקים תוך 30 יום אם המידע נמצא במתקן שלנו ובתוך 60 יום אם הוא ממוקם מחוץ לאתר במתקן אחר.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- We will respond to your request for inspection of records within 10 days. We ordinarily will respond to request for copies within 30 days if the information is located in our facility and within 60 days if it is located off-site at another facility.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בקש הודעות סודיות. ננסה להיענות לכל הבקשות הסבירות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Request confidential communications. We will try and accommodate all reasonable requests.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- כדי לבקש הודעות סודיות נוספות, אנא כתוב לקצין הציות/פרטיות, מרכז ווסטצ'סטר הרפואי, משרדי ההנהלה, Taylor Pavilion West, 100 Woods Road, Suite C-138 Valhalla, New York 10595.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- To request more confidential communications, please write to the Compliance/ Privacy Officer, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion West, 100 Woods Road, Suite C-138 Valhalla, New York 10595.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בקש מאיתנו להגביל את מה שאנו משתמשים או</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ask us to limit what we use or share for your</li> </ul>

<p>חולקים עבור הטיפול, התשלום ופעולות הבריאות שלך. איננו נדרשים להסכים לבקשתך, אך אנו נבדוק אותה. כאשר אתה משלם עבור שירותים מכיסם, במלואם, ומבקש מאיתנו לא לשתף את המידע עם תוכנית הביטוח שלך, נסכים אלא אם חוק מחייב אותנו לשתף מידע זה.</p>	<p>treatment, payment, and health care operations. We are not required to agree to your request, but we will review it. When you pay for services out-of-pocket, in full, and ask us not to share the information with your insurance plan, we will agree unless a law requires us to share that information.</p>
<p>• בקש מאיתנו לתקן את המידע הבריאותי שלך אם אתה סבור שהמידע הבריאותי שיש לנו עליך אינו מדויק או לא שלם.</p>	<p>• Ask us to amend your health information if you believe that the health information we have about you is inaccurate or incomplete.</p>
<p>- כדי לבקש תיקון, אנא כתוב למנהל הבכיר, מחלקת ניהול מידע בריאותי, פרטי ההתקשרות מופיעים בעמוד האחורי של הודעה זו. בדרך כלל, אנו נגיב לבקשתך תוך 60 יום.</p>	<p>- To request an amendment, please write to the Senior Director, Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice. Ordinarily, we will respond to your request within 60 days.</p>
<p>• קבל רשימה של אלה שאיתם שיתפנו מידע. אתה יכול לבקש רשימה (חשבונית) של הפעמים ששיתפנו את המידע שלך ומדוע במשך שש השנים שקדמו לבקשתך. לא כל הגילויים יכללו ברשימה זו, כגון אלה שנעשו עבור טיפול, תשלום או פעולות בריאות. יש לך את הזכות לקבל רשימה זו פעם אחת בכל 12 חודשים ללא חיוב, אך אנו עשויים לחייב אותך בעלות של מתן רשימה נוספת במהלך הזמן הזה.</p>	<p>• Get a list of those with whom we have shared information. You can ask for a list (accounting) of the times we shared your information and why for the six years prior to your request. Not all disclosures will be included in this list, such as those made for treatment, payment, or health care operations. You have the right to get this list one time every 12 months without charge, but we may charge you for the cost of providing additional list during that time.</p>
<p>- לבקשת רשימה, נא לכתוב למנהל הבכיר, מחלקת ניהול מידע בריאותי, פרטי ההתקשרות מופיעים בעמוד האחורי של הודעה זו. בדרך כלל, אנו נגיב לבקשתך תוך 60 יום.</p>	<p>- To request a list, please write to the Senior Director, Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice. Ordinarily, we will respond to your request within 60 days.</p>
<p>• קבל עותק של הודעת פרטיות זו. פשוט שאל אותנו ואנו ניתן לך עותק בפורמט שתרצה (נייר או אלקטרוני).</p>	<p>• Get a copy of this Privacy Notice. Just ask us and we will give you a copy in the format you would like (paper or electronic).</p>
<p>• בחר מישהו שיפעל עבורך. "נציג אישי" זה יכול לממש את זכויותיך ולבצע בחירות לגבי המידע הבריאותי שלך. בדרך כלל, להורים ואפוטרופוסים של קטינים תהיה זכות זו עבור הילד, אלא אם כן הקטין מורשה על פי חוק לפעול בעצמם.</p>	<p>• Choose someone to act for you. This "personal representative" can exercise your rights and make choices about your health information. Generally, parents and guardians of minors will have this right for the child, unless the minor is permitted by law to act on their own behalf.</p>
<p>• הגש תלונה אם אתה מרגיש שזכויותיך הופרו. אתה יכול ליצור קשר עם קצין הציות/פרטיות של WMC, מרכז ווסטצ'סטר הרפואי, משרדי ההנהלה, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Suite C-138 Valhalla, New York 10595 או עם מזכיר משרד הבריאות ושירותי האנוש של ארצות הברית לזכויות</p>	<p>• File a complaint if you feel your rights have been violated. You may contact the WMC Compliance/Privacy Officer, Westchester Medical Center, Executive Offices, Taylor Pavilion, 100 Woods Road, Suite C-138 Valhalla, New York 10595 or the Secretary of</p>

<p>האזרח, Independence Avenue 200, 20201  S.W., Washington, D.C  ,1-877-696-6775  www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints לא  ננקום או ננקוט נגדך פעולה בשל הגשת תלונה.</p>	<p>the United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints  We will not retaliate or take action against you for filing a complaint.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• בקש הגנות פרטיות נוספות ביחס לתיק הרפואי האלקטרוני שלך.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Request additional privacy protections with respect to your electronic medical record.</li> </ul>
<p>האחריות שלנו</p>	<p>OUR RESPONSIBILITES</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• אנו נדרשים על פי חוק לשמור על פרטיות המידע הבריאותי המוגן שלך.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We are required by law to maintain the privacy of your protected health information.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• אנו נודיע לך אם מתרחשת הפרה שעשויה לסכן את הפרטיות או האבטחה של המידע המזהה שלך.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We will notify you if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your identifiable information.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• עלינו לפעול לפי הנהלים המתוארים בהודעה זו ולתת לך עותק ממנה.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We must follow the practices described in this Notice and give you a copy of it.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• אנו שומרים לעצמנו את הזכות לשנות את תנאי הודעה זו והשינויים יחולו על כל המידע שיש לנו אודותיך. ההודעה החדשה תהיה זמינה לפי בקשה ובאתר האינטרנט שלנו @ www.westchestermedicalcenter.com או על ידי בקשת עותק בביקורך הבא.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We reserve the right to change the terms of this Notice and the changes will apply to all information we have about you. The new Notice will be available upon request and on our website @ www.westchestermedicalcenter.com or by requesting a copy at your next visit.</li> </ul>
<p>שאלות או דאגות</p>	<p>QUESTIONS OR CONCERNS</p>
<p>אם יש לך שאלה או אם ברצונך לממש את זכויותיך המתוארות בהודעה זו, אנא צור קשר עם קצין הציות/פרטיות בכתובת: מרכז ווסטצ'סטר הרפואי, תאימות תאגידית, 100 Woods Road, Suite C-138, Valhalla, New York 10595, בטלפון למספר 914-493-2600 או באמצעות דואר אלקטרוני אל westchester medical center.com.</p>	<p>If you have a question or wish to exercise your rights described in this Notice, please contact the Compliance/Privacy Officer at: Westchester Medical Center, Corporate Compliance, 100 Woods Road, Suite C-138, Valhalla, New York 10595, by phone to 914-493-2600 or via email to westchestermedicalcenter.com.</p>
<p>רוב הבקשות למימוש זכויותיך חייבות להיעשות בכתב לקצין הפרטיות או למנהל הבכיר, מחלקת ניהול מידע בריאותי, המפורטים בעמוד האחורי של הודעה זו. למידע נוסף או לקבלת טופס בקשה, צור קשר עם קצין הציות/פרטיות בטלפון 914-493-2600 או עם המחלקה לניהול מידע בריאותי, פרטי הקשר מופיעים בעמוד האחורי של הודעה זו.</p>	<p>Most requests to exercise your rights must be made in writing to the Privacy Officer or the Senior Director, Department of Health Information Management, listed on the back page of this Notice. For more information or to get a request form, contact the Compliance/Privacy Officer at 914-493-2600 or the Department of Health Information Management, contact information is listed on the back page of this Notice.</p>
<p>הודעה זו תיכנס לתוקף החל מה-15/6/23.</p>	<p>This Notice is effective as of 6/15/23.</p>



<b>הכרה על קבלה של הודעה על נוהל פרטיות</b>	<b>ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICE</b>
<u>2655 (ר' 04/22) עמוד 1 מתוך 1</u>	<u>2655 (Rev. 04/22) Page 1 of 1</u>
<p>בחתימה למטה, אני מאשר שסופק לי עותק של ההודעה על נוהלי פרטיות ולכן קיבלתי הודעה לגבי האופן שבו ניתן להשתמש ולחשוף מידע בריאותי על ידי בית החולים והמתקנים הרשומים בתחילת זה הודעה, וכיצד אוכל לקבל גישה למידע זה ולשלוט בו. אני גם מאשר ומבין שאני עשוי לבקש עותקים של הודעות נפרדות המסבירות הגנות פרטיות מיוחדות החלות על מידע הקשור ל-HIV, מידע על טיפול באלכוהול וסמים, מידע על בריאות הנפש ומידע גנטי.</p>	<p><i>By signing below, I acknowledge that I have been provided a copy of the Notice of Privacy Practices and have therefore been advised of how health information about me may be used and disclosed by the hospital and the facilities listed at the beginning of this notice, and how I may obtain access to and control this information. I also acknowledge and understand that I may request copies of separate notices explaining special privacy protections that apply to HIV-related information, alcohol and substance abuse treatment information, mental health information and genetic information.</i></p>
חתימה של מטופל או נציג אישי	Signature of Patient or Personal Representative
הדפס את שם המטופל או הנציג האישי	Print Name of Patient or Personal Representative
תאריך	Date
תיאור סמכות הנציג האישי	Description of Personal Representative's Authority
<b>המחלקה לניהול מידע בריאות- מידע ליצירת קשר</b>	<b>Department of Health Information Management- Contact Information</b>
מרכז וסטצ'סטר הרפואי כולל	Westchester Medical Center including
בית החולים של מריה פארי לילדים מרכז בריאות ההתנהגות בית החולים האזורי של מידהדסון	Maria Fareri Children's Hospital Behavioral Health Center MidHudson Regional Hospital
משרד הבריאות לניהול מידע	Department of Health Information Management
Macy Pavilion, MI 8	Macy Pavilion, MI 8
Valhalla, N.Y. 10595	Valhalla, N.Y. 10595
914-493-7600	914-493-7600
מערכת בריאות צדקה של בון סקורס	Bon Secours Charity Health System
משרד הבריאות לניהול מידע	Department of Health Information Management
Lafayette Avenue 255	255 Lafayette Avenue
Suffern, N.Y. 10901	Suffern, N.Y. 10901
845-368-5409	845-368-5409
בית החולים הילת'אליינס כולל בית החולים של מרגרטוויל ומרכז טיפול למגורים בהר צלע	HealthAlliance Hospital including Margaretville Hospital and Mountainside Residential Care Center

משרד הבריאות לניהול מידע	Department of Health Information Management
Broadway 396	396 Broadway
Kingston, N.Y. 12401	Kingston, N.Y. 12401
845-943-6009	845-943-6009