Print Save as Reset

Управление здравоохранения штата Орегон (OHA)
Общедоступная форма отчета о дискриминации

Нужна ли вам помощь в заполнении этой формы?

Обращайтесь за помощью по тел. 1-844-882-7889 (бесплатный вызов) или 711 (телетайп):

- **если вы нуждаетесь в услугах устного переводчика (предоставляются бесплатно);**
- **если вы желаете получить эту форму на английском, испанском, русском, вьетнамском, упрощенном китайском или сомалийском языке;**
- **если вы желаете получить эту форму, набранную крупным шрифтом или шрифтом Брайля, в формате звукозаписи или в другом формате;**
- **если у вас возникнут вопросы, относящиеся к этой форме.**

Желаете ли вы сообщить о дискриминации в рамках одной из программ управления здравоохранения штата Орегон? Если это так, заполните эту форму, имеющую большое значение.

Пожалуйста, заполните эту форму, чтобы сообщить о дискриминации на любом из следующих оснований:

- *сексуальная ориентация;*
- *гендерное самоотождествление;*
- *расовое происхождение;*
- *цвет кожи;*
- *национальность;*
- *ограниченное владение английским языком;*
- *вероисповедание;*
- *нарушение функций;*
- *возраст;*
- *пол;*
- *беременность;*
- *сексуальное преследование;*
- *семейное положение;*
- *возмездие в связи с представлением отчета о дискриминации; или*
- *принадлежность к любой другой категории населения, защищенной законами (см. дополнительные сведения в административных правилах штата Орегон от 943-005-0000 до 943-005-0070).*

Отдел соблюдения принципов беспристрастности и предотвращения дискриминации (OEI) управления здравоохранения штата Орегон (OHA) внимательно рассмотрит информацию, содержащуюся в этой форме.

Вы получите от нас письменный ответ в течение не более семи дней после получения нами этой формы. В ответе будет указано, что мы получили ваш отчет о дискриминации и, если отдел OEI уполномочен принимать меры на основе этого отчета о дискриминации, мы сообщим вам об этом.
Если отдел OEI не может принимать меры на основе вашего отчета, мы сообщим вам, какое учреждение может принимать меры на основе этого отчета.

Нам может потребоваться ваше разрешение на использование ваших имени и фамилии в ходе расследования. Пожалуйста, прочтите, подпишите и верните, вместе с вашим отчетом о дискриминации, «Разрешение на использование и раскрытие информации управлением здравоохранения штата Орегон». (См. форму этого разрешения ниже в тексте настоящего документа.)

Правила управления здравоохранения штата Орегон (OHA) запрещают запугивание, угрозы, принуждение, дискриминацию или возмездие в связи с представлением вами отчета о дискриминации.

ПРИМЕЧАНИЕ

Представление отчета о дискриминации отличается от подачи апелляции или запроса о проведении слушания после получения «Уведомления о предпринимаемых действиях», отказывающего вам в медицинском обслуживании. Этот отчет о дискриминации никак не связан с «Уведомлением о предпрнимаемых действиях» (Notice of Action) или с «Уведомлением о решении, принятом по рассмотрении апелляции» (Notice of Appeal Resolution).

Если вы получите «Уведомление о предпринимаемых действиях», отказывающее в удовлетворении вашего запроса о медицинском обслуживании, вы можете подать апелляцию в вашу организацию координированного или планового медицинского обслуживания и (или) подать запрос о проведении слушания в управление здравоохранения штата Орегон (OHA). Вы обязаны отправить заполненную вами форму запроса о проведении слушания в течение 45 дней после наступления «даты уведомления».

Дополнительные сведения об апелляциях и слушаниях см. на странице 4 «Советов для клиентов Oregon Health Plan», «Апелляции и слушания», на нашем сайте по адресу https://apps.state.or.us/Forms/Served/he9040d.pdf. Кроме, того, вы можете обратиться в отдел обслуживания клиентов Oregon Health Plan по тел. 1-800-273-0557 или 711 (телетайп).

Информация об отчете о дискриминации

Пожалуйста, впечатывайте ответы или вписывайте их печатными буквами — если это потребуется, приложите дополнительные страницы.

Дата:_____

1A. _____

Имя, фамилия лица, которое, как утверждается, подвергалось дискриминации

Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

Дом. тел. / Моб. тел.	Раб. тел.	Прочее
Дата рождения	№ в организации ОНР *(если присвоен)*	Предпочитаемый язык

Как вы хотели бы поддерживать с нами связь? ☐ По телефону ☐ По электронной почте ☐ Другим способом

Когда с вами лучше всего связываться? _____*(день недели, время суток)*

Можем ли мы связываться с вами по электронной почте? ☐ Да ☐ Нет
Электронный почтовый адрес:_____

Если вы заполняете форму этого отчета о дискриминации от имени какого-либо другого лица, пожалуйста, укажите ниже требуемые данные.

1B. _____

Имя, фамилия лица, заполняющего эту форму от имени лица, которое, как утверждается, подвергалось дискриминации

Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

Дом. тел. / Моб. тел.	Раб. тел.	Прочее
Предпочитаемый язык		

Как вы хотели бы поддерживать с нами связь? ☐ По телефону ☐ По электронной почте ☐ Другим способом

Когда с вами лучше всего связываться?_____*(день недели, время суток)*

Можем ли мы связываться с вами по электронной почте? ☐ Да ☐ Нет
Электронный почтовый адрес:_____

2. Пожалуйста, предоставьте нам информацию об индивидуальном лице, о группе лиц, об учреждении или об отделе, которые, по вашему мнению, подвергли вас дискриминации.

Имя, фамилия *(или имена и фамилии)* | Номер телефона *(если известен)*

Наименование учреждения или отдела, место расположения соответствующего здания или сооружения

Дата или даты последних случаев заявленной дискриминации

Имела ли место заявленная дискриминация раньше, чем 180 дней тому назад? ☐ Да ☐ Нет
Если да, пожалуйста, объясните, почему вы решили представить этот отчет о дискриминации теперь:

3. Было ли вам отказано в доступе к сооружению или внутрь здания? ☐ Да ☐ Нет

Наименование здания или сооружения

Уличный адрес | Город | Штат | Почтовый индекс

4. Было ли вам отказано в доступе к какой-либо программе, услуге или деятельности или в участии в них? ☐ Да ☐ Нет
Если да, пожалуйста, укажите ниже требуемые данные.

Наименование программы

Дата | Время суток

5. Сообщите нам о том, что произошло. Пожалуйста, укажите при этом требуемую ниже информацию.

- Перечень всех участвовавших лиц, с указанием имен, фамилий и должностей, если они известны.
- Дословно, что было сказано участвовавшими лицами и, в точности, что было сделано этими лицами.
- Дата или даты.
- Время суток.
- Адресные данные каждого из указанных лиц, если они известны.

6. Свидетели

Укажите имя, фамилию и адресные данные каждого из лиц, которые могли видеть или слышать то, что происходило в случае заявленной дискриминации. Пожалуйста, предоставьте нам максимальное возможное количество информации.

7. Пытались ли вы решить проблему или связываться с кем-либо другим по поводу вашего отчета?

Если да, с кем вы связывались? Что произошло в результате?

8. Какие меры, по вашему мнению, должны быть приняты в связи с вашим отчетом?

9. Считаете ли вы, что основанием для дискриминации послужила ваша принадлежность к защищенной категории населения?

☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, отметьте все соответствующие категории.

☐ Возраст
☐ Нарушение функций
☐ Пол
☐ Семейное положение
☐ Национальность
☐ Расовое происхождение
☐ Цвет кожи
☐ Вероисповедание
☐ Беременность
☐ Сексуальное преследование
☐ Возмездие за представление отчета о дискриминации
☐ Ограниченное владение английским языком
☐ Сексуальная ориентация
☐ Гендерное самоотождествление
☐ Прочее:_____

ПРИМЕЧАНИЕ. Если ваша принадлежность к какой-либо из перечисленных выше защищенных категорий населения не является причиной представления вашего отчета о дискриминации, мы направим ваш отчет в соответствующее учреждение.

Эту форму заполняли:

☐ лицо, заявляющее о том, что оно подверглось дискриминации;

☐ адвокат, представитель или защитник интересов;

☐ служащийуправления здравоохранения штата Орегон (OHA);_____

☐ другое лицо *(пожалуйста, укажите, какое)*:_____

Информация, содержащаяся в этой форме, была получена:

☐ по телефону; ☐ лично; ☐ по электронной почте; ☐ по факсу;

☐ другим способом *(пожалуйста, укажите, каким)*:_____

Пожалуйста, приложите любую другую информацию, относящуюся к вашему отчету о дискриминации.

ЗАПОЛНИВ ЭТУ ФОРМУ, ПОЖАЛУЙСТА, ВЕРНИТЕ ЕЕ ПО АДРЕСУ:

OHA Office of Equity and Inclusion
Diversity, Inclusion and Civil Rights Manager
421 S.W. Oak St., Suite 750, Portland OR 97204
Факс: 971-673-1330; электронная почта: OHA.PublicCivilRights@state.or.us
Телефон (бесплатный вызов): 1-844-882-7889 (голосовая линия) или 711 (телетайп)

Вы можете также иметь право на подачу жалобы в одно из следующих учреждений в течение 180 дней после наступления даты заявленной дискриминации:

Отдел гражданских прав министерства юстиции США
U.S. Department of Justice Civil Rights Division
950 Pennsylvania Ave., N.W., Washington, D.C. 20530
www.justice.gov/crt/complaint/
1-888-736-5551 (голосовая линия) или 202-514-0716 (телетайп)

Майкл Леос (Michael Leoz), региональный менеджер
Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights)
Министерство здравоохранения и социальных служб США
(U.S. Department of Health and Human Services)
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Центр поддержки клиентов: (800) 368-1019
Факс: (202) 619-3818
Номер телекоммуникационного устройства для глухих (TDD): (800)-537-7697
Эл. почта: ocrmail@hhs.gov

Кроме того, вы можете иметь право на подачу жалобы на заявленную дискриминацию, в течение одного года, в следующее учреждение:
Бюро трудовых ресурсов и промышленности штата Орегон
Oregon Bureau Of Labor and Industries (BOLI)
800 N.E. Oregon St., Suite 1045, Portland, OR 97232
www.oregon.gov/boli/CRD/Pages/C_Crcompl.aspx
971-673-0764 (голосовая линия) или 711 (телетайп)

Reset Print Instructions

DHS Oregon Department of Human Services

Разрешение на использование и передачу информации

Oregon Health Authority

Этот бланк можно получить в альтернативных форматах, в том числе, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля, на компьютерном диске и в виде устного изложения.

Фамилия клиента/заявителя (как в офиц. док-тах)	Имя	Иниц. отч.	Дата рождения
Другие имена, используемые клиентом / заявителем			№ дела

Подписывая данный бланк, я даю разрешение указанному ниже обладателю информации раскрывать следующие типы конфиденциальной информации обо мне:

Раздел A

Разрешение для ОДНОГО хранителя информации – *(физического лица, учебного заведения, работодателя, службы, медицинской клиники или другого учреждения)*	**Конкретные типы конфиденциальной информации, которые разрешается раскрывать**	**Взаимный обмен: Да / Нет**

Если информация содержит любой из перечисленных ниже типов данных или сведений, использование или передача такой информации может регулироваться также и другими законами. Я понимаю, что эта информация не будет разглашаться, если только я не поставлю свои инициалы в графе рядом с конкретными типами информации:

ВИЧ/СПИД: _____ **Психическое здоровье:** _____ **Генетическая диагностика:** _____

Диагностика, направление и лечение алкоголизма/наркомании:

Раздел B

Передавать следующим лицам *(если передача будет осуществляться по почте, необходимо указать адрес)*. Если информация будет передаваться команде, укажите ее членов.	**Предназначение**	**Срок действия или мероприятие***

***Если не указан срок действия, данное разрешение действительно в течение года от даты подписания.**

Я могу аннулировать данное разрешение в любое время. Аннулирование не коснется любой информации, которая уже была передана. Я понимаю, что федеральные законы и законы штата защищают данные моего дела. Я понимаю смысл этого соглашения и даю разрешение на передачу указанной выше информации. Я подписываю это разрешение по своей воле.

Я понимаю, что информация, использованная и переданная согласно данному разрешению, может подлежать повторной передаче и более не защищена федеральными законами и законами штата. Я также понимаю, что федеральные законы и законы штата запрещают повторную передачу информации о ВИЧ/СПИДе, психическом здоровье, диагностике и лечении алкоголизма/наркомании, данные о профессиональной реабилитации, информации о направлениях без конкретного на то разрешения.

Раздел C

Полная подпись лица ИЛИ личного уполномоченного представителя	**Взаимоотношения с клиентом**	**Дата**
Ф.И.О. сотрудника (печатными буквами)	**Название/адрес инициирующей службы**	**Дата**
Полная подпись сотрудника службы, ответственного за копирование	**Это подлинная копия оригинала разрешения.**	
Ф.И.О. сотрудника печатными буквами		

См. необходимую информацию на стр. 2 данного бланка.
(бланк недействителен без стр. 2)

Информация, необходимая для клиента

Для предоставления или оплаты медицинских услуг: если Министерство социальных служб (DHS) или Администрация здравоохранения штата Орегон (OHA) **предоставляет** Вам медобслуживание или оплачивает его по Программе медицинского страхования штата Орегон (OHP) или по программе Medicaid, Вы можете не подписывать этот бланк. Такое решение **не будет** иметь негативных последствий на получение Вами медицинских услуг, *за исключением* тех случаев, когда медицинские услуги заключаются исключительно в предоставлении медицинской информации третьим лицам, и для этого необходимо Ваше разрешение. (Примерами таких услуг являются оценки, анализы или диагностика). Ваше решение не подписывать данное разрешение **может повлиять** на оплату предоставляемых Вам услуг, если эта информация необходима для возмещения затрат частных страховых компаний или других неправительственных служб.

Это разрешение на использование и передачу информации **может также понадобиться** при следующих обстоятельствах:

- Чтобы определить, имеете ли Вы право на участие в некоторых программах, оплачивающих Ваше медобслуживание
- Чтобы определить, соответствуете ли Вы условиям участия в другой программе или сервисе DHS или OHA, не связанных с медобслуживанием

Этот бланк заполняется добровольно. DHS или OHA не может отказать в лечении, оплате или участии в медицинских программах с государственным финансированием, если Вы не подпишете этот бланк разрешения, за исключением описанных выше случаев. Тем не менее, Вам обязаны предоставить точную информацию о тех негативных последствиях, которые может повлечь за собой отказ от предоставления разрешения на передачу информации при определении Вашего права на участие в программах или координации услуг. Если Вы примете решение не подписывать бланк, Вас могут направить в единую службу, которая, возможно, сможет помочь Вам и Вашей семье без обмена информацией.

Использование данного бланка

1. **Использованная терминология: Взаимный обмен:** ответ «да» обеспечит многосторонний обмен информации между хранителем информации и лицами или программами, указанными на бланке разрешения. **Команда:** группа лиц или служб, между которыми налажено постоянное сотрудничество. Члены команды должны быть указаны на этом бланке.
2. **Помощь:** сотрудник DHS или OHA должен по возможности помочь Вам заполнить этот бланк. **Убедитесь в том, что Вы поняли информацию, содержащуюся на этом бланке, перед тем, как ставить свою подпись.** Не стесняйтесь задавать вопросы об этом бланке и о том, что он разрешает. Вы можете поставить отметку вместо подписи или попросить **уполномоченное** лицо подписать бланк от Вашего имени.
3. **Опекун/представитель:** если лицо, подписывающее этот бланк, является личным представителем, например, опекуном, к бланку необходимо приложить копию юридических документов, подтверждающих полномочия представителя для подписи этого разрешения. Подобным же образом, если право на опеку принадлежат какой-либо службе, и представитель данной службы ставит свою подпись, к бланку необходимо приложить документы, дающие право на подпись.
4. **Аннулирование:** если позднее Вы заходите аннулировать это разрешение, обратитесь к обслуживающему Вас сотруднику DHS или OHA. Вы можете удалить из бланка какого-либо члена команды. Вас попросят подать письменное заявление об аннулировании. Исключение: федеральные постановления не предполагают подачу письменного заявления об аннулировании разрешения для программ, связанных с зависимостью от алкоголя и наркотиков. После аннулирования разрешения дальнейшая передача или запрос информации невозможны. DHS или OHA могут продолжать использовать информацию, полученную до аннулирования.
5. **Несовершеннолетние:** если Вы несовершеннолетний, Вы можете предоставить разрешение на передачу информации о психическом здоровье или злоупотреблении наркотическими веществами, если Вам уже исполнилось 14 лет; Вы можете дать разрешение на передачу любой информации о венерических заболеваниях или контрацепции в любом возрасте; Вы можете давать разрешение на передачу медицинской информации общего характера, если Вам исполнилось 15 лет,.
6. **Особое внимание:** по информации, касающейся **ВИЧ/СПИДа, психического здоровья, генетической диагностики или лечения алкогольной/наркотической зависимости** в разрешении должна четко указываться конкретная информация и цель, с которой ее можно передавать.

Повторная передача: федеральные постановления (42 CFR Part 2) запрещают любую дальнейшую передачу информации, связанную со злоупотреблением алкоголем и наркотиками; законы штата запрещают дальнейшую передачу информацию о ВИЧ/СПИДе (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); законы штата также запрещают дальнейшую передачу информации о психическом здоровье, лечении от алкогольной и наркотической зависимости, профессиональной реабилитации и лечении задержек в развитии программами, финансируемыми из государственных источников (ORS 179.505, ORS 344.600), без специального письменного разрешения.

Примечание: Службы охраны здоровья и программы штата Орегон были переведены из Министерства социальных служб (DHS) в Администрацию здравоохранения штата Орегон (OHA). DHS будет продолжать определять право на участие во многих программах охраны здоровья, а также в других программах, подведомственных DHS.