

Attachment to HP-1.02
Notice of Privacy Practice - Spanish Version

Catholic Charities, Diocese of Trenton
Notificación de Practicas Confidenciales

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACION. FAVOR DE LEERLA CON MUCHO CUIDADO.

Para cumplir con los requisitos del Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPPA.)

Tenemos el deber de Guardar y Proteger su información Medica. Nosotros mantendremos información medica personal que lo identifica a usted, sea el servicio medico proveído o pago de su cuidado medico. Se nos requiere por ley proveerle esta noticia de información sobre las practicas de privacidad, que están vigentes. Esto explica como, cuando y por que razón podemos usar o revelar su información medica con algunas excepciones, evitaremos usar o divulgar mas información medica de la que es requerida para el propósito presente.

Las condiciones de esta notificación se refiere a todos los documentos con su información medica y demográfica creada por nosotros o en nuestro poder. Nosotros tenemos el derecho de hacer cambios a la notificación de practicas confidenciales. Cualquier cambio a esta notificación será añadida a toda la información que tenemos referente a usted, cualquier información medica que recibamos en el futuro y los documentos que creamos y mantengamos en el futuro. Nuestra organización pondrá una copia con los cambios actuales en nuestras oficinas, en un lugar prominente y usted puede pedir una copia de la notificación mas reciente durante cualquier visita a nuestra organización.

Pregunta: COMO PODEMOS NOSOTROS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN:

Contesta: Usaremos o divulgaremos su información medica por diferentes razones. Para algunos de estos usos o divulgaciones, pediremos su autorización. A continuación se describen las distintas categorías de divulgación, sus usos y se proveen varios ejemplos.

A. Usos y Divulgación Relacionados a Tratamiento, Recompensa por Tratamiento y/o Servicios, o para Funcionamiento del Cuidado de Salud. De acuerdo a la ley federal.

- 1. Para el Tratamiento:** Podemos divulgar información de salud a otros proveedores de servicios de salud que sean parte de su cuidado. Por ejemplo, podemos divulgar su información medica a un hospital si durante su tiempo en nuestra facilidad se requiere, o a un programa residencial al cual sea referido. Las razones para tal divulgación podrían ser: para que usted reciba el tratamiento apropiado para su condición medica, para coordinar su cuidado, o para planear exámenes necesarios.

- 2. Para Lograr Recompensa por Tratamiento y/o Servicios:** Podemos usar y compartir su información medica y demográfica para obtener reembolso por los servicios que usted ha recibido de nosotros. Por ejemplo, podemos proveer

algunas partes de su información medica a su seguro medico, Medicare o Medicaid para recibir pagos por haberle prestado servicios.

Excepción; Catholic Charities acuerda controlar la información que se compartirá con un Plan de Salud o de seguro, esto es acordando que el cliente haiga pagado por completo, por todos los servicios ofrecidos por Catholic Charities y que el cliente haga este pedido por escrito.

- 3. Para el Funcionamiento del Cuidado de Salud:** En algunas situaciones será necesario usar y/o divulgar su información medica para hacer funcionar nuestra organización. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar la calidad del servicio que le han brindado nuestros empleados. También le proveeremos información a nuestros contables, abogados y asesores para asegurarnos que estamos cumpliendo con la ley.

B. Otros Usos de su Información son Permitidos por Ley Federal. Podemos divulgar su información medica sin su autorización por las siguientes razones:

- 1.** Cuando Divulgación de su información se requiere por Ley Federal, Estatal o Local, en Procedimientos Judiciales o Administrativos o a Agentes de Orden Publico: Por ejemplo podemos divulgar su información de salud si se nos ordena por corte, o si la ley requiere que reportemos este tipo de información a un Funcionario de Gobierno, o a Agentes de Orden Publico, tales como en caso de mordida de perro, sospecha de maltrato a menores o una herida con alma de fuego.
- 2.** Actividades de salud publica: Según la ley, es nuestro deber reportar información sobre ciertas enfermedades y/o muerte a agencias de gobierno que colectan esta información. Con la posible excepción de información de capacidad mental y/o tratamiento de abuso de alcohol y drogas, el estatus de VIH (por cual obtendríamos su autorización), también se nos permite proveer alguna información al examinador medico o director de funerales, si fuese necesario después de fallecer el cliente.
- 3.** Actividades de vigilancia del cuidado de salud. Por ejemplo proveeremos su información medica si así lo exige el Condado o el Estado cuando vigilan el programa en cual recibe usted cuidado. También le proveeremos información a oficinas de gobierno, tales como New Jersey División of Mental Health Services, New Jersey Department of Health and Senior Services División of Youth and Family Services, etc. Cuales tienen el derecho de inspeccionar nuestras oficinas y/o investigar practicas de cuidado de salud.
- 4.** Donación de órganos. Si un cliente desea donar ojos, órganos o tejidos después de fallecer, estamos permitidos divulgar información medica necesaria para asistir a la apropiada organización a procurar los órganos.
- 5.** Información sistémica y científica. Bajo ciertas circunstancias, (por ejemplo, donde es aprobado por la Junta de Privacidad o Junta de Revisas bajo ley federal), se nos permite usar o proveer información de salud medica protegida con el propósito de investigación científica.

6. Para evitar amenaza a la salud o seguridad. Si uno de nuestros consejeros, médicos o enfermeras identifican la necesidad de protegerle a usted, otra persona o al público, podemos proveerle la información de salud protegida a la policía o otros que tengan la posibilidad de reducir la amenaza.
7. Función especial del gobierno. Con la posible excepción de información de desorden mental o tratamiento de alcohol y drogas, y tratamiento de estatus de VIH (por el cual obtendríamos su autorización), podemos divulgar información de personal militar o veteranos cuando sea requerido por autoridades Militares de Estados Unidos. También podemos divulgar información de salud con propósitos de seguridad Nacional, tal como investigación de sospecha de terrorismo que pueda amenazar nuestra nación.
8. Compensación de trabajadores: Nuestra organización puede compartir su información medica como se describe bajo la ley de compensación, si su condición fue resultado de una herida en el trabajo por el cual reclama usted compensación de trabajador.
9. Para recordarle una cita: A menos que usted nos haga saber que no desea ser recordado de una cita, podemos usar o divulgar su información para recordarle a usted sus citas. También para proveerle información y avisos sobre programas alternos y tratamientos que le puedan ayudar a usted.
10. Para aumentar fondos: Por ejemplo, si nuestra organización desea levantar fondos para apoyar uno o mas de nuestros programas o facilidades, o otra causa benéfica o para programa de educación de salud a la comunidad, podemos usar la información para hacerle aviso a usted. Si no desea ser parte de actividades de levantar fondos, por favor avisarle a su terapeuta.

C. SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MEDICA Y DEMOGRÁFICA:

1. Divulgar información a miembros de su familia, amistades, o otros envueltos en su cuidado. Podemos proveerle limitada información medica a un miembro de su familia, amistad o otra persona conocida como encargado de su cuidado o en pagar sus gastos, a menos que usted nos avise de forma contraria. Por ejemplo, si un miembro de su familia lo acompaña a una cita medica y usted le permite entrar al cuarto de examen con usted, podemos divulgar información de salud protegida durante la cita, a menos que usted no nos avise de lo contrario.
2. Divulgar información para notificar a miembro de familia, amistades o otra persona selecta. Cuando primero comenzó usted en este programa se le pidió información sobre una persona de contacto de emergencia en caso de que algo le ocurriera a usted mientras este en nuestras facilidades. A menos que usted nos dirija de forma distinta le divulgaremos cierta información de salud medica sobre (su condición general, lugar, etc.) a su contacto de emergencia o a otro miembro de su familia, sea que usted requiera ser admitido a un hospital.
Excepción; Catholic Charities acuerda controlar la información que se compartirá con un Plan de Salud o de seguro, esto es acordando que el cliente haiga pagado por completo, por todos los servicios ofrecidos por Catholic Charities y que el cliente haga este pedido por escrito.

- D. Otras Divulgaciones Requieren Ser Autorizadas antes por Escrito Por Usted. En situaciones otras de las categorías mencionadas arriba, o otras divulgaciones permitidas bajo ley federal, si desea obtener una divulgación usted debe someter una petición por escrito. También le pediremos su autorización por escrito para divulgar información acerca de su salud mental, uso de alcohol o drogas y/o el tratamiento, y para divulgar su estatus de VIH.

Si escoge usted autorizar divulgación de información medica, puede después revocarla para discontinuar uso siempre que ya no se haga tomado a cabo la petición, puede ser revocada por escrito.

PREGUNTA: CUALES SON MIS DERECHOS SOBRE MI INFORMACIÓN MEDICA?

Contesta: Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información medica privada:

- A. El Derecho de Pedir Limites sobre Uso y Divulgación de Información de Salud. Usted tiene el derecho de pedir limites o restricciones a su información medica. No se nos requiere estar de acuerdo con su petición. Si acordamos con su pedido, le pondremos los limites por escrito y los seguiremos, excepto en caso de emergencia. Favor tomar en cuenta que no se le permite limitar las divulgaciones que se nos requiere o se nos permiten por ley. Excepción; Catholic Charities acuerda controlar la información que se compartirá con un Plan de Salud o de seguro, esto es acordando que el cliente haiga pagado por completo, por todos los servicios ofrecidos por Catholic Charities y que el cliente haga este pedido por escrito.
- B. El Derecho de Escoger Como le Comunicamos Información de Salud y Como Nos Ponemos en Contacto con Usted. Usted tiene el derecho de cómo nos ponemos en contacto con usted en una dirección alterna o numero de teléfono (por ejemplo enviando información por correo a su trabajo en vez de a su domicilio) u otra manera alterna (por ejemplo, por email en vez de teléfono.) Nuestro acuerdo es necesario siempre que sea fácil cumplir su pedido.
- C. El Derecho de Mirar o Obtener una Copia de su Información Medica. En la mayoría de los casos usted tiene el derecho de mirar o obtener una copia de la información medica que esta en nuestro poder, primero debe hacer una petición por escrito. Una petición puede ser obtenida por su terapeuta. Le responderemos acerca de unos 30 días después de haber recibido la petición por escrito. Si no tenemos la información que usted pide, pero si sabemos quien la tiene, le diremos como obtenerla, y por escrito le avisaremos nuestro motivo por el cual le negamos la información. En ciertas situaciones puede usted pedir una apelación.

Si pide usted copia de alguna parte de su información medica, le cobraremos por pagina, solo como se permite por la ley de New Jersey. Le pediremos que se pague por completo antes de proveerle la copia. Si esta de acuerdo, con aviso previo le

podemos proveer con una explicación de sus archivos, se le cobrara por la preparación de estos.

- D. El Derecho de recibir una lista de Divulgaciones de Salud que Nosotros Hemos Hecho. Usted tiene el derecho de recibir una lista de ciertas divulgaciones de información medica que se hagan. Esta lista no incluirá usos o divulgación de tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud, divulgaciones a usted o con su autorización por escrito, o divulgaciones a su familia con el propósito de notificarle sobre su involucramiento en su cuidado. Esta lista también no incluirá divulgaciones hechas por motivos de seguridad nacional, divulgaciones a autoridades leyes o a agentes de orden publico si estaba usted en su custodia durante ese tiempo, también divulgaciones hechas antes de Abril 14, 2003, el lapso de tiempo para pedir información es 6 años.

Para hacer tal petición, le pedimos se haga por escrito: una petición se puede obtener de su consejero/a. Le responderemos entre 60 días después de haber recibido su pedido. La lista puede incluir la fecha de la divulgación, la persona o organización que recibió la información (con su dirección si esta disponible), una breve descripción de la información divulgada, y una breve razón por la divulgación. Le proveeremos a usted esta lista sin costo a usted: Si hace usted mas de una pedido al año se le cobrara \$10.00 por cada petición al año.

- E. El Derecho de Pedir Cambios, Corregir o Traer al Día Información Medica. Si piensa usted que hay un error en su información medica o que una parte de información importante esta ausente, usted tiene el derecho de pedir que hagamos los cambios apropiados a su información. Usted debe hacer la petición por escrito, identificando su petición, puede obtener una petición de su terapeuta o consejero. Responderemos a su pedido en unos 60 días de haber recibido su petición. Si estamos de acuerdo con su petición, haremos los cambios a su información medica, le avisaremos cuando han sido hechos, y le avisaremos a otros que deben ser avisados sobre estos cambios.

Podemos rechazar su petición si la información medica: (1) esta correcta y completa; (2) no fue creada por nosotros; (3) no se permite ser divulgada a usted; (4) no es parte de nuestros archivos.

Nuestro rechazo por escrito le explicara la razón o motivo sobre el rechazo, y explicara su derecho de cómo hacer una disputa por escrito de su desacuerdo. Si no desea hacerlo, puede pedir que se le incluya una copia de su petición y nuestro rechazo, con todas divulgaciones futuras de su información de salud.

- F. El derecho de Obtener una Copia de esta Notificación.
Usted tiene derecho una copia de esta notificación.

PREGUNTA: COMO HACER UNA QUEJA O HACER PREGUNTAS SOBRE LAS PRACTICAS PRIVADAS DE ESTA ORGANIZACIÓN?

Contesta: Si tiene usted preguntas a algo discutido en este aviso o de las practicas privadas, o si tiene inquietud o quejas, favor de avisar a, Compliance Director at Catholic Charities of Trenton, 383 West State Street, Trenton, New Jersey 08607 o llamar al (609) 394-5181 extensión 150. Tambien tiene el derecho de formar una queja con el Secretario de el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No podemos tomar represalia contra usted si hace alguna queja.

PREGUNTA: CUANDO TOMA EFECTO ESTE AVISO?

Contesta: Este aviso toma efecto el 3 de Junio, 2003.

AL RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS CONFIDENCIALES

Yo, _____, he leído y revisado y me han explicado mis derechos acerca de divulgación de mi información personal de salud tomada durante el proceso terapéutico por Catholic Charities. Yo he preguntado y he contestado preguntas acerca del uso y divulgación de dicha información. Estoy conforme que entiendo su significado y reconozco haber sido proveído una copia de estos derechos como ha sido establecido por HIPPA en 1996.

Firma de Cliente

Fecha

Padre/Guardian

Fecha

Testigo

Fecha

Copia: Cliente
Original: chart

Revised 10-12

Catholic Charities, Diocese of Trenton

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This Notice describes how health information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. This document will be explained to you during the admission process, however, please review it carefully.

We have a legal duty to safeguard your protected health information. We will protect the privacy of the personal health information that we maintain that identifies you, whether it deals with the provision of health care to you or the payment for health care. We are required by law to provide you with this Notice about our privacy practices. It explains how, when and why we may use and disclose your health information. With some exceptions, we will avoid using or disclosing any more of your health information than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure. We are legally required to follow the privacy practices that are described in this Notice, which is currently in effect. (Reference: Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and HITECH 9/2013).

However, we reserve the right to change the terms of this Notice and our privacy practices at any time. Any changes will apply to any of your health information that we already have. Before we make an important change to our policies, we will promptly change this Notice and post a new Notice on the bulletin board on your unit/program. You may also request, at any time, a copy of our Notice of Privacy Practices that is in effect at any given time, from your therapist.

We would like to take this opportunity to answer some common questions concerning our privacy practices:

QUESTION: HOW WILL THIS ORGANIZATION USE AND DISCLOSE MY PROTECTED HEALTH INFORMATION?

Answer: We use and disclose health information for many different reasons. For some of these uses or disclosures, we need your specific authorization. Below, we describe the different categories of our uses and disclosures and give you some examples of each.

1. Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment, or Healthcare Operations. We may, by federal law, use and disclose your health information for the following reasons:

1.1 For Treatment. We may disclose necessary health information to other health care providers who are involved in your care. For example, we may disclose your medical history to a hospital if you need medical attention while at our facility or to a residential care program we are referring you to. Reasons for such a disclosure may be: to get them the medical history information they need to appropriately treat your condition, to coordinate your care or to schedule necessary testing.

1.2 To Obtain Payment for Treatment. We may use and disclose necessary health information in order to bill and collect payment for the treatment that we have provided to you. For example, we may provide certain portions of your health information to your health insurance company, Medicare or Medicaid, in order to get paid for taking care of you.

Exception Under ARRA/HITECH: Out of Pocket (HITECH)

Catholic Charities and their BA's will grant restrictions of disclosure of PHI to a payor which is requested by the client if:

- Disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and not otherwise required by law;
AND
- The PHI would relate solely to a health care items or services for which Catholic Charities has been paid in full and out of pocket by the individual.

Catholic Charities will flag the restricted PHI via a notation in the client record.

1.3 For Health Care Operations. We may, at times, need to use and disclose your health information to run our organization. For example, we may use your health information to evaluate the quality of the treatment that our staff has provided to you. We may also need to provide some of your health information to our accountants, attorneys, and consultants in order to make sure that we're complying with law.

1.4 The right to be notified in the event of a breach.

2. Certain Other Uses and Disclosures are permitted by Federal Law. We may use and disclose your health information without your authorization for the following reasons:

2.1 When a Disclosure is required by Federal, State, or Local Law, in Judicial or Administrative Proceedings or by Law Enforcement. For example, we may disclose your protected health information if we are ordered by a court, or if a law requires that we report that sort of information to a government agency or law enforcement authorities, such as in the case of a dog bite, suspected child abuse or a gunshot wound.

2.2 For Public Health Activities. Under the law, we need to report information about certain diseases, and about any deaths, to government agencies that collect that information. With the possible exception of information concerning mental health disorders and/or treatment, drug and alcohol abuse and/or treatment, and HIV(Policy AP2.04) status (for which we may need your specific authorization), we are also permitted to provide some health information to the coroner or a funeral director, if necessary, after a client's death.

2.3 For Health Oversight Activities. For example, we will need to provide your health information if requested to do so by the County and/or the State, when they oversee

the program in which you receive care. We will also need to provide information to government bodies, such as New Jersey Service Area of Mental Health Services, New Jersey Department of Health and Senior Services, Service Area of Youth and Family Services, etc. that have the right to inspect our offices and/or investigate healthcare practices.

- 2.4 For Organ Donation.** If one of our clients wished to make an eye, organ or tissue donation after their death, we may disclose certain necessary health information to assist the appropriate organ procurement organization.
- 2.5 For Research Purposes.** In certain limited circumstances (for example, where approved by an appropriate Privacy Board or Institutional Review Board under federal law), we may be permitted to use or provide protected health information for a research study.
- 2.6 To Avoid Harm.** If one of our counselors, physicians, or nurses believes that it is necessary to protect you, or to protect another person or the public as a whole, we may provide protected health information to the police or others who may be able to prevent or lessen the possible harm.
- 2.7 For Specific Government Functions.** With the possible exception of information concerning mental health disorders and/or treatment, drug and alcohol abuse and/or treatment, and HIV (Policy AP2.04) status (for which we may need your specific authorization), we may disclose the health information of military personnel or veterans where required by U.S. military authorities. Similarly, we may also disclose a client's health information for national security purposes, such as assisting in the investigation of suspected terrorists who may be a threat to our nation.
- 2.8 For Workers' Compensation.** We may provide your health information as described under the workers' compensation law, if your condition was the result of a workplace injury for which you are seeking workers' compensation.
- 2.9 Appointment Reminders and Health-Related Benefits or Services.** Unless you tell us that you would prefer not to receive them, we may use or disclose your information to provide you with appointment reminders or to (give you information about/send to you newsletters about) alternative programs and treatments that may help you.
- 2.10 Fundraising Activities.** For example, if our Organization program chose to raise funds to support one or more of our programs or facilities, or some other charitable cause or community health education program, we may use the information that we have about you to contact you. If you do not wish to be contacted as part of any fundraising activities, or want to Opt Out of fundraising, please contact your therapist.

3. Certain Uses and Disclosures Require You to Have the Opportunity to Object.

3.1 Disclosures to Family, Friends, or Others Involved in Your Care. We may provide a limited amount of your health information to a family member, friend or other person known to be involved in your care or in the payment for your care, unless you tell us not to. For example, if a family member comes with you to your appointment and you allow them to come into the treatment room with you, we may disclose otherwise protected health information to them during the appointment, unless you tell us not to.

3.2 Disclosures to Notify a Family Member, Friend, or Other Selected Person. When you first started in our program, we asked that you provide us with an emergency contact person in case something should happen to you while you are at our facilities. Unless you tell us otherwise, we will disclose certain limited health information about you (your general condition, location, etc.) to your emergency contact or another available family member, should you need to be admitted to the hospital, for example.

Exception Under ARRA/HITECH: Out of Pocket (HITECH)

Catholic Charities and their BA's will grant restrictions of disclosure of PHI to a payor which is requested by the client if:

- Disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and not otherwise required by law;
- AND
- The PHI would relate solely to a health care items or services for which Catholic Charities has been paid in full and out of pocket by the individual.

Catholic Charities will flag the restricted PHI via a notation in the client record.

4. Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization. In situations other than those categories of uses and disclosures mentioned above, or those disclosures permitted under federal law, we will ask for your written authorization before using or disclosing any of your protected health information. In addition, we need to ask for your specific written authorization to disclose information concerning your mental health, drug and alcohol abuse and/or treatment, or to disclose your HIV (Policy AP2.04) status. If you choose to sign an authorization to disclose any of your health information, you can later revoke it to stop further uses and disclosures to the extent that we haven't already taken action relying on the authorization, so long as it is revoked in writing.

4. The following uses and disclosures will be made only with your written authorization:

- Sale of PHI
- Marketing
- Disclosure of psychotherapy notes
- Other uses and disclosures not described in the Notice of Privacy Practice

QUESTION: WHAT RIGHTS DO I HAVE CONCERNING MY PROTECTED HEALTH INFORMATION?

Answer: You have the following rights with respect to your protected health information:

1. The Right to Request Limits on Uses and Disclosures of Your Health Information.

You have the right to ask us to limit how we use and disclose your health information.

We will certainly consider your request, but you should know that we are not required to agree to it. If we do agree to your request, we will put the limits in writing and will abide by them, except in the case of an emergency. Please note that you are not permitted to limit the uses and disclosures that we are required or allowed by law to make.

Exception Under ARRA/HITECH: Out of Pocket (HITECH)

Catholic Charities and their BA's will grant restrictions of disclosure of PHI to a payor which is requested by the client if:

- Disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and not otherwise required by law;
- AND
- The PHI would relate solely to a health care items or services for which Catholic Charities has been paid in full and out of pocket by the individual.

Catholic Charities will flag the restricted PHI via a notation in the client record.

2. The Right to Choose How We Send Health Information to You or How We Contact You.

You have the right to ask that we contact you at an alternate address or telephone number (for example, sending information to your work address instead of your home address) or by alternate means (for example, by e-mail/mail instead of telephone). We must agree to your request so long as we can easily do so.

3. The Right to See or to Get a Copy of Your Protected Health Information.

In most cases, you have the right to look at or get a copy of your health information that we have, but you must make the request in writing. A request form is available from your therapist. We will respond to you within 30 days after receiving your written request. If we do not have the health information that you are requesting, but we know who does, we will tell you how to get it. In certain situations, we may deny your request. If we do, we will tell you, in writing, our reasons for the denial. In certain circumstances, you may have a right to appeal the decision.

If you request a copy of any portion of your protected health information, we will charge you, a reasonable fee, labor or postage as allowed under New Jersey state law. We need to require that payment be made in full before we will provide the copy to you. If you agree in advance, we may be able to provide you with a summary or an explanation of your records instead. There will be a charge for the preparation of the summary or explanation.

Whenever access is permitted it will be provided in the form or format requested if it is readily producible in such format, or in a readable hard copy or hybrid format. Whenever access is permitted, the requested information will be scanned into a PDF file from Anasazi and will be password protected and/or encrypted. If the client wants the PHI sent by unencrypted email, Catholic Charities will advise the client of the security risks and will have the client acknowledge such risk on the authorization. Catholic Charities will also encourage password protection/encryption. Catholic Charities will transmit to another person as designated by the

client, but will verify the person's name, address, email address, Identification, as appropriate to ensure confidentiality and security of such a request. Catholic Charities may charge a reasonable fee for photocopying, labor or postage but will not charge the cost of new technology or retrieval fee. (Reference: Policy/Procedure: Client Right to Access)

- 4. The Right to Receive a List of Certain Disclosures of Your Health Information That We Have Made.** You have the right to get a list of certain types of disclosures that we have made of your health information. This list would not include uses or disclosures for treatment, payment, or healthcare operations, disclosures to you or with your written authorization, or disclosures to your family for notification purposes or due to their involvement in your care. This list also would not include any disclosures made for national security purposes, disclosures to corrections or law enforcement authorities if you were in custody at the time, or disclosures made prior to April 14, 2003. You may not request an accounting for more than a six (6) year period.

To make such a request, we require that you do so in writing; a request form is available upon asking your therapist. We will respond to you within 60 days of receiving your request. If Catholic Charities can't provide the accounting in that time frame and need an extension, Catholic Charities will send the client a letter before the end of the 60 day period advising you of the reason for the delay and when Catholic Charities will be able to provide the accounting, which will be no later than 30 additional days. The list that you may receive will include the date of the disclosure, the person or organization that received the information (with their address, if available), a brief description of the information disclosed, and a brief reason for the disclosure. We will provide such a list to you at no charge; but, if you make more than one request in the same calendar year, you will be charged a reasonable fee for each additional request that year.

- 5. The Right to Ask to Correct or Update Your Health Information.** If you believe that there is a mistake in your health information or that a piece of important information is missing, you have a right to ask that we make an appropriate change to your information. You must make the request in writing, with the reason for your request, on a request form that is available from your therapist. We will respond within 60 days of receiving your request. If we approve your request, we will make the change to your health information, tell you when we have done so, and will tell others that need to know about the change.

We may deny your request if the protected health information:

- Is correct and complete
- Was not created by us
- Is not allowed to be disclosed to you
- Is not part of our records.

Our written denial will state the reasons that your request was denied and explain your right to file a written statement of disagreement with the denial. If you do not wish to do so, you may ask that we include a copy of your request form, and our denial form, with all future disclosures of that health information.

- 6. The Right to Get a Paper Copy of This Notice.** You have the right to a copy of this notice.

QUESTION: HOW DO I COMPLAIN OR ASK QUESTIONS ABOUT THIS ORGANIZATION'S PRIVACY PRACTICES?

Answer: If you have any questions about anything discussed in this Notice or about any of our privacy practices, or if you have any concerns or complaints, please contact the Compliance Director at Catholic Charities of Trenton, 383 West State Street, Trenton, New Jersey 08607 or call (609) 394-5181 extension 1150. You also have the right to file a written complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. We may not take any retaliatory action against you if you lodge any type of complaint.

QUESTION: WHEN DOES THIS NOTICE TAKE EFFECT?

Answer: This Notice takes effect on September 2013. (original June 2003)

STATEMENT OF ACKNOWLEDGEMENT/UNDERSTANDING

I, _____, have read, reviewed, and had explained to me my rights regarding the use/disclosure of my Personal Health Information collected during the therapeutic process by Catholic Charities. I have asked and have had answered any questions I may have concerning the use/disclosure of said information. I am satisfied that I understand its contents and significance and acknowledge receipt of a copy of these rights as established by the HIPAA of 1996 and HITECH final rule September 2013.

Client Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

Witness

Date

Copy: Client
Original: Chart

Revised 9/2013