

PHMDC Staff Initials: _____

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОРЯДКЕ
ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ (“PRIVACY
PRACTICES NOTICE”)
(Russian)**

Мною было получено уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией (“Privacy Practices Notice”) от органов здравоохранения города Мэдисон и округа Дейн (Public Health-Madison and Dane County).

Подпись: _____ **Дата:** _____

Имя (печатными буквами): _____

В случае если данное разрешение подписывается от имени другого лица его личным представителем, необходимо заполнить следующие пункты:

Имя личного представителя: _____

Кем приходится представляемому лицу:

Просим вернуть документ по адресу:

Privacy Officer
Public Health-Madison and Dane County
210 Martin Luther King Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346

Текст для воспроизведения по телефону

В соответствии с требованиями федерального законодательства о неприкосновенности частной жизни, мы обязаны предоставить Вам экземпляр нашего уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией. В таком уведомлении разъясняется, как мы можем использовать и раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию, и каким образом Вы можете получить доступ к такой информации.

Хотите ли Вы, чтобы мы отправили Вам по почте экземпляр нашего уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией?

PHMDC Staff Initials: _____

**ACKNOWLEDGEMENT OF
“PRIVACY PRACTICES NOTICE” - NOT OBTAINED**

Client Name: _____

Staff must document why the individual did not sign the notice acknowledgement. Staff should document below the good faith effort to obtain this acknowledgement and indicate whether the individual refused or was unable to sign the acknowledgement:

I attest that the above information is correct.

Staff Signature

Date

Print Staff Name

Title