

## اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی

لازم‌الاجر از تاریخ: 1 ژانویه 2024

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که اطلاعات پزشکی شما چگونه ممکن است مورد استفاده قرار گیرند و منتشر شوند و چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را به‌دقت مطالعه کنید.

در این اطلاعیه، برای اشاره به برنامه سلامت خانواده سانتا کلارا، ما از اصطلاحات «ما»، «خودمان» و «متعلق به ما» استفاده می‌کنیم.

ملزم به محافظت از اطلاعات سلامتی شما است. همچنین ما همه ارائه‌دهندگان و SCFHP طبق قوانین ایالتی و فدرال، فروشندگان طرف قرارداد را ملزم به محافظت از اطلاعات سلامت شما می‌کنیم. ما این اطلاعیه که توضیح می‌دهد چگونه می‌توانیم از اطلاعات شما استفاده کنیم و آنرا به‌اشتراک بگذاریم را باید در اختیار شما قرار دهیم. همچنین این اطلاعیه حقوق شما را نیز ذکر می‌کند.

### اطلاعات شما شخصی و خصوصی است

ما در حین ارائه درخواست و پس از واجد شرایط بودن برای ثبت‌نام در برنامه سلامت ما، از شما، آژانس‌های فدرال، ایالتی و محلی اطلاعاتی درباره شما دریافت می‌کنیم. همچنین ما از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها اطلاعات پزشکی شما را دریافت می‌کنیم تا بتوانیم خدمات مراقبت‌های بهداشتی شما را تأیید کرده و هزینه‌های آنها را پرداخت کنیم.

### «اطلاعات سلامت محافظت‌شده» چیست؟

«»، آن دسته از اطلاعات PHI، **protected health information** منظور از اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) سلامت است که شامل اطلاعات مشخص‌کننده هویت شما مانند نام، شماره تأمین اجتماعی، یا سایر اطلاعات افشاکننده است زیرا شامل نام شما و سایر اطلاعات مشخص‌کننده هویت PHI هویت شماست. برای مثال، سوابق پزشکی شما شماست.

کارکنان ما از سیاست‌ها و رویه‌هایی پیروی می‌کنند که از اطلاعات مربوط به سلامت شما که به‌صورت شفاهی، کتبی یا الکترونیکی در اختیار ما قرار داده‌اید محافظت می‌کنند. کارکنان ما آموزش‌هایی می‌بینند که از روش‌های داخلی که بر آن شفاهی، کتبی و الکترونیکی اعضا ممکن است در سراسر سازمان مورد استفاده قرار گیرد یا افشا شود؛ PHI اساس حمایت می‌کند. کلیه کارکنان ما که به اطلاعات سلامت شما دسترسی دارند، تحت آموزش‌های مربوط به قوانین امنیت اطلاعات و حفظ حریم خصوصی قرار گرفته‌اند. این کارکنان برای انجام کار خود فقط به حداقل مقدار اطلاعات مورد نیاز دسترسی دارند.

همچنین کارکنان ما شیوه‌ها، سیاست‌ها و رویه‌های داخلی را دنبال می‌کنند که از مکالمات مربوط به اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کنند. برای مثال، کارکنان مجاز نیستند در آسانسور یا راهروها درباره اطلاعات شما صحبت کنند. همچنین کارکنان باید هر سند کتبی یا الکترونیکی حاوی اطلاعات سلامت شما را در سراسر سازمان محافظت کنند.

PHI سیستم‌های کامپیوتری ما با استفاده از سطوح مختلف محافظت از گذرواژه و فناوری نرم‌افزاری، همیشه از الکترونیکی شما محافظت می‌کنند. دستگاه‌های فکس، چاپگرها، دستگاه‌های کپی، صفحه‌نمایش‌های کامپیوتری، ایستگاه‌های کاری و دیسک‌های رسانه‌ای قابل‌حمل حاوی اطلاعات شما، در برابر افرادی که نباید به آن‌ها دسترسی داشته باشند با دقت اعضا از دستگاه‌های فکس، چاپگرها و دستگاه‌های کپی برداشته PHI محافظت می‌شوند. کارکنان باید مطمئن شوند که

PHI می‌شوند و فقط افرادی که دسترسی دارند می‌توانند آن‌ها را دریافت کنند. دستگاه‌های رسانه‌ای قابل‌حمل حاوی رمزگذاری شده‌اند و باید محافظت‌های گذرواژه برای آنها اعمال شوند. وقتی کارکنان دور از میز کار و خارج از اداره هستند، قفل‌های ایمنی PHI هستند، صفحه‌نمایش‌های کامپیوتری باید قفل شوند. کتوها و کمدهای ایستگاه کاری که حاوی دارند.

ما همچنین از داده‌های نژادی/قومیتی، زبانی، هویت جنسیتی و گرایش جنسی محافظت می‌کنیم، به آنها دسترسی داریم، و انجام می‌دهیم. ما از داده‌های نژادی/قومیتی، زبانی، هویت PHI از آنها استفاده می‌کنیم، همان کاری که در مورد جنسیتی، و گرایش جنسی برای تعیین نرخ‌ها یا رد خدمات، پوشش و مزایا استفاده خواهیم کرد.

### **تغییرات در اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی**

ما باید از اطلاعیه‌ای که اکنون استفاده می‌کنیم پیروی کنیم. ما حق داریم که این شیوه‌های حفظ حریم خصوصی را تغییر دهیم. هرگونه تغییر در شیوه‌های ما در همه اطلاعات پزشکی شما اعمال می‌شود. اگر طبق الزامات قانونی تغییراتی ایجاد کنیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

### **نحوه استفاده و اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به شما توسط ما**

اطلاعات شما فقط برای انجام اقدامات درمانی، پرداخت هزینه‌ها و مراقبت‌های بهداشتی ممکن است توسط ما استفاده یا به اشتراک گذاشته شود. برخی از اطلاعاتی که ما استفاده می‌کنیم و به اشتراک می‌گذاریم عبارتند از:

- نام شما،
- آدرس،
- حقایق شخصی،
- مراقبت پزشکی ارائه‌شده به شما،
- هزینه مراقبت پزشکی شما، و
- سابقه پزشکی شما.

برخی اقداماتی که به‌عنوان طرح سلامت شما انجام می‌دهیم، عبارتند از:

- بررسی اینکه تحت پوشش هستید یا نه،
- تأیید، ارائه و پرداخت هزینه‌های خدمات،
- بررسی یا پیگیری پرونده‌ها (مانند کلاهبرداری)،
- بررسی کیفیت مراقبتی که دریافت می‌کنید،
- اطمینان از اینکه مراقبت لازم را دریافت می‌کنید.

چند مثال از علت اشتراک‌گذاری اطلاعات شما با سایر افراد دخیل در مراقبت بهداشتی شما عبارتند از:

- برای انجام اقدامات درمانی: ممکن است به درمان پزشکی نیاز داشته باشید که باید از قبل تأیید شود. ما اطلاعات را با ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی، بیمارستان و سایر افراد به‌اشتراک می‌گذاریم تا مراقبت لازم را از شما به عمل آوریم.
- شما برای پرداخت مطالبات مراقبت بهداشتی ارسال شده برای ما جهت انجام PHI برای پرداخت هزینه‌ها: ما از مراقبت‌های پزشکی شما استفاده می‌کنیم. در این صورت، ما اطلاعات را با ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی،

کلینیک‌ها و سایر افرادی که صورت حساب مراقبت شما را برای ارسال می‌کنند به اشتراک می‌گذاریم و ممکن است صورت حساب‌ها را جهت پرداخت برای دیگر سازمان‌ها و طرح‌های سلامت ارسال کنیم.

- برای انجام اقدامات مراقبت بهداشتی: برای بررسی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی دریافت شده، ما می‌توانیم از اطلاعات موجود در سوابق سلامت شما استفاده کنیم. ما همچنین می‌توانیم از این اطلاعات در بازرسی‌ها، برنامه‌های متوقف‌سازی کلاهبرداری و سوءاستفاده، برنامه‌ریزی‌ها و کارهای اداری عمومی استفاده کنیم.
- شما را برای شرکتی خارجی که در راه‌اندازی سیستم سلامت به ما PHI برای همکاران شغلی: ما ممکن است کمک می‌کند، افشا کنیم یا از آن در این راستا استفاده کنیم.

### *استفاده‌های دیگر از اطلاعات سلامت شما*

موارد زیر شرح دیگر روش‌های ممکن است که می‌توانیم (یا مجاز هستیم) در آن‌ها از اطلاعات سلامت محافظت شده شما استفاده کنیم و/یا آنها را افشا سازیم:

- برای انجام فعالیت‌های مجاز قانونی، ما می‌توانیم اطلاعات پزشکی را به یک سازمان نظارت بر خدمات سلامت ارائه دهیم. این فعالیت‌های نظارتی، ممکن است شامل بازرسی‌ها، بررسی‌ها، بازدیدها و اقدامات مربوط به صدور گواهینامه یا اقدامات انضباطی باشد. این فعالیت‌ها برای نظارت دولت بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی، برنامه‌های دولتی و مطابقت با قوانین حقوق مدنی ضروری است.
- شما یا پزشکتان، بیمارستان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است با تصمیم ما مبنی بر اینکه هزینه خدمات مراقبتی شما را پرداخت نکنیم، موافق نباشید. ما می‌توانیم از اطلاعات سلامت شما برای بازبینی این تصمیمات استفاده کنیم.
- ما می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را با گروه‌هایی که نحوه ارائه خدمات از سوی برنامه سلامت ما را بررسی می‌کنند، به اشتراک بگذاریم.
- ما ممکن است این اطلاعات را با افراد دخیل در مراقبت‌های بهداشتی شما یا با نماینده شخصی شما به اشتراک بگذاریم.
- ما باید اطلاعات سلامت شما را هنگام بررسی نحوه پیروی ما از قوانین حفظ حریم خصوصی با دولت فدرال به اشتراک بگذاریم.
- ما می‌توانیم اطلاعات سلامت شما را با سازمان‌هایی که اعضاء یا بافت‌های اهدایی را دریافت و ذخیره‌سازی می‌کنند یا پیوند می‌دهند، به اشتراک بگذاریم.
- پیرو درخواست کتبی کارفرما، بیمه‌کننده هزینه کارگران یا نمایندگان آنها، ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامتی شما اعم از جبران خسارت بیماری یا جراحت کارگر را به اشتراک بگذاریم.
- ما ممکن است از اطلاعات سلامتی شما برای انواع خاصی از تحقیقات استفاده کنیم و آنها را به اشتراک بگذاریم.
- برای ارزیابی نابرابری‌های سلامتی و بهبود مراقبت‌های بیمار محور ما ممکن است از اطلاعات شما به عنوان بخشی از تلاش‌های خود برای برابری سلامت استفاده کنیم و آنها را به اشتراک بگذاریم. زبان‌های گفتاری و نوشتاری ترجیحی شما با گروه‌های ارائه‌دهنده به اشتراک گذاشته می‌شود.
- ما ممکن است اطلاعات شما را برای فعالیت‌های سلامتی عمومی انتشار دهیم. این فعالیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشند، اما محدود به آن‌ها نیست:
  - « پیشگیری یا کنترل بیماری، جراحت یا ناتوانی؛
  - « گزارش تولد و مرگ؛

- « گزارش سوءاستفاده از کودک یا غفلت؛ »
- « گزارش مشکلات مربوط به دارو و دیگر محصولات پزشکی؛ »
- « مطلع ساختن افراد از فراخوانی محصولاتی که استفاده می‌کنند؛ و »
- « مطلع ساختن فردی که در معرض یک بیماری قرار گرفته است یا ممکن است در معرض خطر ابتلا یا شیوع یک بیماری یا عارضه‌ای قرار داشته باشد.»

### **وقتی مجوز کتبی لازم است**

اگر بخواهیم از اطلاعات شما برای اهدافی که در بالا فهرست نشده‌اند استفاده کنیم، باید مجوز کتبی شما را دریافت کنیم. اگر به ما مجوز دهید، هر زمان بخواهید می‌توانید آن را به صورت کتبی لغو کنید.

### **حقوق حریم خصوصی شما کدام‌اند؟**

شما این حق را دارید تا از ما بخواهید از اطلاعات سلامت محافظت شده‌تان استفاده نکنیم یا آنها را به اشتراک نگذاریم. ما ملزم به موافقت نیستیم و اگر بر نیازهای مراقبت بهداشتی شما تأثیر بگذارد، ممکن است با آن موافقت نکنیم.

شما این حق را دارید تا از ما بخواهید که فقط به صورت کتبی یا از طریق آدرس، صندوق پستی یا تلفن دیگری با شما ارتباط برقرار کنیم. ما درخواست‌های منطقی را زمانی می‌پذیریم که بتوانیم به راحتی اطلاعات را به روشی که شما مشخص کرده‌اید، تولید کنیم.

شما و نماینده شخصی‌تان این حق را دارید تا نسخه‌ای از اطلاعات سلامت را دریافت کنید. ما فرمی برایتان ارسال می‌کنیم تا با تکمیل آن، موارد موردنظرتان در نسخه درخواستی را به ما اطلاع دهید. ممکن است لازم باشد هزینه‌های کپی و ارسال سوابق از طریق ایمیل را پرداخت کنید. (ممکن است امکان مشاهده بخش‌های مشخصی از سوابقتان را (به دلایلی که قانون مجاز کرده است) برایتان فراهم نسازیم.

در صورتی که اطلاعات موجود در سوابق شما درست یا کامل نباشد، این حق را دارید تا برای تغییر آن درخواست کنید. ما فرمی برایتان ارسال می‌کنیم تا با تکمیل آن، موارد موردنظرتان برای تغییر را به ما اطلاع دهید. ما ممکن است با درخواست شما موافقت نکنیم، اگر:

- ایجاد نشده باشند یا این طرح از آنها نگهداری نکند، یا SCFHPI اطلاعات توسط
- نگهداری می‌شود، یا SCFHPI اطلاعات بخشی از مجموعه اطلاعات استاندارد نباشد که توسط
- اطلاعات برای پرونده دادگاهی یا دیگر اقدامات قانونی جمع‌آوری شده باشند، یا
- باور داشته باشیم که درست یا کامل هستند.

اگر با اعمال تغییرات موردنظرتان موافق باشیم، به شما اطلاع می‌دهیم. اگر با اعمال تغییرات موردنظرتان موافق نباشیم، نامه‌ای برای بیان دلیل آن برایتان ارسال می‌کنیم. اگر موافق نیستید، می‌توانید از ما درخواست کنید تصمیم را بازبینی کنیم. همچنین می‌توانید توضیحاتی برایمان ارسال کنید که علت مخالفت شما با سوابق ما را بیان می‌کند. توضیحات شما را در کنار سوابقتان نگهداری می‌کنیم.

**مهم:** برنامه سلامت خانواده سانتا کلارا نسخه‌های کامل سوابق پزشکی شما را در اختیار ندارد. اگر می‌خواهید سوابق پزشکی خود را بررسی کنید، نسخه‌ای از آنها دریافت کنید یا آنها را تغییر دهید، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.

وقتی اطلاعات سلامتی شما را به اشتراک می‌گذاریم، شما این حق را دارید تا فهرستی از موارد زیر را درخواست کنید:

- افرادی که اطلاعات را با آنها به اشتراک گذاشتیم،
- زمان اشتراک‌گذاری،
- دلایل انجام این کار، و
- اطلاعاتی که به اشتراک گذاشته شدند.

این فهرست شامل زمان اشتراک‌گذاری اطلاعات با شما، با مجوز شما یا برای انجام اقدامات درمانی، پرداخت هزینه‌ها یا انجام اقدامات مربوط به طرح سلامت می‌شود.

شما این حق را دارید تا یک نسخه کاغذی چاپی از این اطلاعات حفظ حریم خصوصی درخواست کنید.

دریافت کنید [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) همچنین می‌توانید این اطلاعات را از طریق وبسایت ما به آدرس

### نقض حریم خصوصی

نقض امنیت سیستم به معنای دستیابی غیرمجاز به داده‌های کامپیوتری شده‌ای است که امنیت، محرمانگی یا یکپارچگی از آنها نگهداری می‌کند را به‌خطر می‌اندازد. دستیابی خیرخواهانه به اطلاعات SCFHP اطلاعات شخصی اعضا که ، نقض امنیت سیستم نیست، به شرطی که SCFHP برای اهداف SCFHP شخصی اعضا توسط کارمند یا نماینده اطلاعات شخصی برای افشای غیرمجاز آتی استفاده نشود یا در معرض آن قرار نگیرد.

اطلاعات شخصی یعنی نام یا حرف اول نام و نام خانوادگی عضو، به‌همراه یک یا چند مورد از عناصر داده زیر شماره کارت شناسایی کالیفرنیا (در صورتی که نام یا عناصر داده رمزگذاری نشده باشند): (1 شماره تأمین اجتماعی؛ 2) یا شماره گواهینامه رانندگی؛ (3 شماره کارت اعتباری یا نقدی، یا شماره حساب، به‌همراه هر کد امنیتی مورد نیاز، کد دسترسی یا گذرواژه‌ای که دسترسی به حساب مالی فرد را امکان‌پذیر می‌کند؛ 4) اطلاعات پزشکی؛ یا (5) اطلاعات بیمه سلامت. اطلاعات شخصی دربرگیرنده اطلاعاتی نیست که به‌صورت عمومی در دسترس هستند؛ یعنی اطلاعاتی که به‌طور قانونی از سوابق دولت محلی، فدرال یا ایالت در دسترس قرار گرفته‌اند. اطلاعات پزشکی به معنی هرگونه اطلاعاتی در زمینه سابقه پزشکی، وضعیت فیزیکی و روانی، یا درمان یا تشخیص پزشکی عضو توسط کارشناس مراقبت‌های بهداشتی است. اطلاعات بیمه سلامت به معنی شماره خط‌مشی بیمه سلامت اعضا یا شماره شناسایی مشترک، هرگونه شناسه متمایز که بیمه‌کننده سلامت برای شناسایی عضو استفاده می‌کند، یا هرگونه اطلاعات در سابقه مطالبات یا درخواست عضو از جمله سوابق پژوهش خواهی است.

نقض صورت SCFHP را به دست آورد، SCFHP در صورتی که فردی غیرمجاز، اطلاعات سلامت شخصی اعضا گرفته را هرچه سریع‌تر، بدون تأخیر غیرمنطقی، مطابق با نیازهای قانونی مجریان قانون یا هرگونه سنجش ضروری به اطلاع فرد متأثر می‌رساند تا حوزه نقض تعیین شود و یکپارچگی قابل قبول سیستم داده بازیابی شود.

اعلان نقض امنیت برای اعضا باید به زبان ساده نوشته شود و (حداقل) نام و اطلاعات تماس عضوی را که به‌طور منطقی باور داریم در معرض نقض قرار گرفته است، شامل شود. اگر تعیین اطلاعات زیر در هنگام ارائه اطلاعاتی امکان‌پذیر باشد، آنگاه اعلان باید شامل این موارد شود: تاریخ نقض؛ یا تاریخ تقریبی نقض؛ یا محدوده زمانی که نقض در آن صورت گرفته است. اعلان نباید این موارد را شامل شود: تاریخ اطلاعاتی؛ اینکه آیا اعلان به‌دلیل بررسی مجریان قانون با تأخیر همراه است؛ شرح کلی پیشامد نقض؛ و شماره تلفن‌های رایگان و آدرس‌های آژانس‌های گزارش اعتبار اصلی، در صورتی که نقض شماره تأمین اجتماعی، شماره گواهینامه رانندگی یا شماره کارت شناسایی کالیفرنیا را افشا کند. به برای محافظت SCFHP، اعلان می‌تواند این موارد را نیز شامل شود: اطلاعات مربوط به آنچه SCFHP صلاح‌دید از اعضای که اطلاعاتشان نقض شده است انجام داده است؛ و/یا توصیه‌هایی درباره مراحل که عضو متأثر از نقض اطلاعات می‌تواند برای محافظت از خود انجام دهد.

اطلاعیه کتبی؛ 2) اطلاعیه الکترونیکی؛ اعلان نقض امنیت ممکن است از طریق یکی از روش‌های زیر ارائه شود: 1) نشان دهد که هزینه ارائه اطلاعیه بیشتر از دویست و پنجاه هزار دلار SCFHP یا 3) اطلاعیه جایگزین. اگر اطلاعات تماس SCFHP (\$250,000) یا تعداد افراد متأثر برای مطلع ساختن بیشتر از 500,000 نفر است، یا وقتی کافی ندارد، ممکن است از اطلاعیه جایگزین استفاده شود. اطلاعیه جایگزین باید متشکل از همه موارد زیر باشد: آدرس ایمیل فرد متأثر را در اختیار دارد؛ 2) پست مشهود اطلاعیه در وبسایت SCFHP اطلاعیه ایمیلی وقتی 1) (اداره امنیت Office of Information Security؛ و 3) اعلان به رسانه ایالتی اصلی و SCFHP اینترنتی (آژانس فناوری کالیفرنیا) California Technology Agency (اطلاعات) در

یک نسخه نمونه از اعلان نقض امنیت را برای SCFHP اگر نقض بیش از 500 عضو را تحت تأثیر قرار دهد، دادستان کل (بهجز اطلاعات شناسایی شخصی) ارسال می‌کند.

برای حفظ محرمانگی سوابق پزشکی در دسترس است و در صورت درخواست در SCFHP سیاست‌ها و رویه‌های اختیار شما قرار می‌گیرد.

### چگونه برای استفاده از حقوق خود با ما تماس بگیرید؟

اگر می‌خواهید از حقوق حریم خصوصی شرح داده شده در این اطلاعیه استفاده کنید، لطفاً از طریق زیر با ما تماس بگیرید یا برای ما نامه بنویسید:

Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

تلفن رایگان: 1-800-260-2055  
فکس: 1-408-874-1970  
: TDD711، کاربران TTY کاربران

### شکایات

اگر فکر می‌کنید که از حریم خصوصی شما محافظت نکرده‌ایم و می‌خواهید شکایت کنید، می‌توانید از طریق تماس تلفنی یا کتبی نزد ما ثبت شکایت (یا عریضه) کنید:

Attn: Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

تلفن رایگان: 1-800-260-2055  
فکس: 1-408-874-1970  
: TDD711، کاربران TTY کاربران

یا می‌توانید با آژانس‌های زیر تماس بگیرید:

خط تلفن مستقیم دفتر حفظ حریم خصوصی/دفتر انطباق با قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه  
(Office of HIPAA Compliance, OHC) سلامت : 1-916-445-4646  
تلفن رایگان: 1-866-866-0602  
ایمیل: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)

Attn: مدیر منطقه ای  
دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)  
(U.S. Department of Health and Human Services)  
وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده  
90 7th St, Ste 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Customer Response Center **1-800-368-1019** :  
فکس: **1-202-619-3818**  
کاربران TDD: **1-800-537-7697**  
ایمیل: **ocrmail@hhs.gov**

### *از حقوق خود بدون ترس استفاده کنید*

اگر شکایت کنید یا از حقوق حفظ حریم خصوصی در این اطلاعیه استفاده کنید، نمی‌توانیم مزایای مراقبت سلامت شما را حذف کنیم یا به هیچ طریقی به شما آسیب برسانیم.

### *سوالات*

اگر سوالاتی درباره این اطلاعیه دارید و به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً از طریق آدرس و شماره تلفن بالا با تماس بگیرید. برای دریافت نسخه‌ای از این اطلاعیه به زبان‌های دیگر، خط SCFHP مسئول حفظ حریم خصوصی بریل، چاپ درشت، روی نوار صوتی یا لوح فشرده، لطفاً از طریق آدرس و شماره تلفن فهرست‌شده در بالا با مسئول تماس بگیرید یا برای او نامه بنویسید. SCFHP مسئول حفظ حریم خصوصی