

PHMDC Staff Intials: _____

**FLETE-PRANIMI I NJOFTIMIT TE PRAKTIKES SE FSHEHTESISE
(Albanian – Acknowledgement Form)**

Unë e mora “Njoftimin për Praktikën e Fshehtësisë” të Sherbimit të Shendetit të Përgjithshëm-Madison dhe Dane County.

Nënshkrimi: _____ **Data:** _____

Emri (me shkronja shtypi): _____

Në qoftë se ky autorizim është nënshkruar nga përfaqësuesi personal në favor të individit, ju lutemi plotësoni sic vijon:

Emri i Përfaqësuesit Personal:

Afërsia me Individin:

T’i kthehet: Privacy Officer
Public Health-Madison and Dane County
210 Martin Luther King Jr., Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346

Skript Telefonik

Sipas ligjeve federale të fshehtësisë, ne jemi të detyruar t’ju dorëzojmë “Njoftimin për Praktikën e Fshehtësisë”. Ky Njoftim ofron informacione lidhur me atë se si ne mund të përdorim dhe të lëshojmë informacionet e juaja të mbrojtura shëndetësore dhe si ju mund të vini gjer te këto informacione.

A dëshironi që një kopje e “Njoftimit për Praktikën e Fshehtësisë” të ju dërgohet juve me postë?

**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.

Signature

Date

Print Name

Title