Florida Agency for Persons with Disabilities (APD)
Notice of Privacy Practices

YOU DO NOT NEED TO RESPOND TO THIS NOTICE
THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

APD's Responsibilities
The Agency for Persons with Disabilities is required by law to maintain the privacy of your protected health information in our custody. We must provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information. We must also follow the terms of this notice.

How APD Uses and Safeguards your Health Information
If you are a Developmental Disabilities Individual Budgeting Medicaid Waiver recipient, we use your health information to pay for your health care products and services and to operate the Developmental Disabilities Individual Budgeting Medicaid Waiver program. We may also use your health information to tell you about treatment alternatives or other health-related benefits and services.

The following are some examples of how we may use your health information:
- Coordinating supported living services.
- Placement in an intermediate care facility.
- We may share your information with a company that contracts with the State of Florida to check on the quality of care that you received.

APD may also use and disclose your health information as permitted by law, such as:
- For purposes of treatment, payment, or our operations and as otherwise required by law.
- To entities outside the Agency for purposes directly connected with the administration of the State Medicaid plan.
- In responding to public emergencies, access to your health information may be granted to persons or Agency representatives who are subject to standards of confidentiality comparable to those of APD. Such other agencies may include the Federal Emergency Management Agency (FEMA) or the Centers for Disease Control (CDC).
- Where disclosure would assist in determining eligibility for benefits, amount of medical assistance payment or otherwise assists the Agency in the administration of the Medicaid program.
- To the confidential Florida abuse hotline in order to report abuse, neglect and/or domestic violence as per criteria and conditions imposed on the Agency by law.
- For health oversight activities and/or administration of the Medicaid program, such as inspections, investigations, and audits.
- To conduct research to benefit the Medicaid program.
- Other uses or disclosures of your protected health information require your or your personal representative's written authorization. For example, we will not use or disclose psychotherapy notes without your written authorization or as allowed by law. We will not use or disclose your protected health information for marketing purposes without your written authorization and we will not sell your protected health information without your written authorization. We also are prohibited by law from using or disclosing genetic information for insurance underwriting purposes. At any time, you may revoke authorizations in writing. If you cannot give your authorization due to an emergency, we may release your health information if it is in your best interest.

Your Health Information Rights

You have the following rights with respect to your protected health information:
- To see or obtain a copy of your health information that is maintained by APD. We may not be able to provide health information that includes psychotherapy notes, is part of a legal case, or is otherwise excluded from disclosure by law. We may charge a copying fee.
- To request that we amend health information we maintain that you believe is incorrect or incomplete.
- To request a list of disclosures we have made of your health information. The list may not include disclosures authorized by you, disclosures for treatment, payment and health care operations, or other disclosures permitted by law.
- To request that we contact you at a different address or phone number, if contacting you about your health information at your present location would endanger you.
- To request that we limit the use and disclosure of your health information. We are not required to agree to your request.
- To request a paper copy of this notice.
- To opt-out of fundraising communications from us should the Agency ever engage in fundraising.
- To receive a notification from us following a breach of your unsecured protected health information.

Contact Information
If you have any questions, wish to make a request regarding your health information, or would like another paper copy of this notice, please contact the APD regional office in your area at the telephone number listed below. We may ask you to make the request in writing.

Central Region (Orlando): (407) 245-0440
Northeast Region (Jacksonville): (904) 992-2440
Northwest Region (Tallahassee): (850) 487-1992
Southeast Region (West Palm Beach): (561) 837-5564
Southern Region (Miami): (305) 349-1478
Suncoast Region (Tampa): (813) 233-4300

Filing a HIPAA Complaint
If you believe your privacy rights have been violated by APD or one of its employees, you may file a complaint with APD and/or the Secretary of the Department of Health and Human Services at the addresses below. You will not be retaliated against for filing a complaint.

HIPAA Privacy Officer
Agency for Persons with Disabilities
4030 Esplanade Way
Tallahassee, Florida 32399-0950
(850) 922-9309

Secretary
Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019

Future Changes to the Notice of Privacy Practices
APD reserves the right to change the terms of this notice and to make new notice provisions effective for all protected health information that we maintain. If we make a material revision to this notice, we will send a revised copy of the notice to recipient households within sixty (60) days of the revision.

Who receives the Notice of Privacy Practices
We send this notice to every recipient household. This notice applies to all consumers served by the Agency. To comply with Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 or the Americans with Disabilities Act of 1990, please contact the HIPAA Privacy Officer at the address shown on this Notice if you would like to receive this Notice in an alternate format such as Braille, large print, or audio.

Effective Date: 7/1/2014

Agencia para personas con discapacidades (APD) de Florida
Notificación de prácticas de privacidad

NO ES NECESARIO QUE RESPONDA A ESTE AVISO
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA.
LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Responsabilidades de la APD
La Agencia para Personas con Discapacidad está obligada por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida bajo nuestra custodia. Debemos entregarle un aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a su información médica. También debemos cumplir los términos de este aviso.

Cómo APD utiliza y protege su información médica
Si usted es beneficiario de la exención de Medicaid para el presupuesto de personas con discapacidades de desarrollo, utilizamos su información de salud para pagar por sus productos y servicios de atención médica y para operar el programa de exención de Medicaid para el presupuesto de personas con discapacidades de desarrollo. También podemos utilizar su información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud.

Los siguientes son algunos ejemplos de cómo podemos utilizar su información de salud:
- Coordinación de servicios de apoyo vital.
- Ubicación en un centro de cuidados intermedios.
- Podemos compartir su información con una empresa que tenga un contrato con el estado de la Florida para verificar la calidad de la atención que usted recibió.

APD también puede utilizar y divulgar su información médica según lo permitido por la ley, como:
- Para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones y conforme lo exige la ley.
- A las entidades externas a la Agencia para el cumplimiento de fines directamente relacionados con la administración del plan estatal de Medicaid.
- En respuesta a las situaciones de emergencia pública, se podrá conceder el acceso a su información de salud a personas o representantes de agencias que estén sujetos a normas de confidencialidad comparables a las de APD. Tales agencias pueden incluir la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o los Centros de Control de Enfermedades (CDC).
- Cuando la divulgación ayudaría a determinar la elegibilidad para los beneficios, el monto de pago por asistencia médica o, de cualquier otra manera, ayude a la Agencia en la administración del programa de Medicaid.
- A la línea directa confidencial de reporte de abuso de la Florida, con el fin de denunciar el abuso, el abandono y o la violencia doméstica, según los criterios y las condiciones impuestas a la Agencia por la ley.
- Para las actividades de supervisión médica y/o administración del programa Medicaid, tales como inspecciones, investigaciones y auditorías.
- Para llevar a cabo investigaciones en beneficio del programa Medicaid.
- Otros usos o divulgaciones de su información protegida de salud requieren su autorización por escrito o la de su representante personal. Por ejemplo, no utilizaremos ni divulgaremos notas de psicoterapia sin su autorización por escrito o según lo permita la ley. No usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para fines de marketing sin su autorización por escrito y no venderemos su información de salud protegida sin su autorización por escrito. La ley también nos prohíbe usar o revelar información genética para propósitos de suscripción de seguros. Usted podrá revocar las autorizaciones por escrito en cualquier momento. Si no puede dar su autorización debido a una emergencia, podemos revelar su información de salud si es en su mejor beneficio.

Sus derechos sobre su información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:
- Consultar y sacar una copia de su información médica que se encuentre bajo la custodia de APD. Es posible que no podamos proporcionar información de salud que incluya notas de psicoterapia, que sea parte de un caso legal o se excluya de cualquier otra forma de la divulgación permitida por la ley. Podemos cobrar una tarifa de copiado.
- Solicitar que corrijamos la información médica que poseemos y que usted considera que es incorrecta o incompleta.
- Solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que hemos realizado. Es posible que la lista no incluya las divulgaciones autorizadas por usted, las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica u otras divulgaciones permitidas por la ley.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted en una dirección o un número de teléfono diferente, si contactarle acerca de su información de salud en la ubicación actual le podría poner en peligro.
- Solicitarnos que limitemos el uso y la divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar su petición.
- Solicitar una copia impresa de este aviso.
- Cancelar su inscripción para recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte, en caso de que la Agencia participe alguna vez en tales actividades.
- Recibir una notificación de nuestra parte tras una violación de su información médica protegida no asegurada.

Datos de contacto
Si tiene alguna pregunta, desea realizar una solicitud relacionada con su información de salud o quiere recibir otra copia impresa de este aviso, póngase en contacto con la oficina regional de APD en su área en el número de teléfono que aparece a continuación. Es posible que le pidamos que realice la solicitud por escrito.

Región Central (Orlando): (407) 245-0440
Región Noreste (Jacksonville): (904) 992-2440
Región Noroeste (Tallahassee): (850) 487-1992
Región Sudeste (West Palm Beach): (561) 837-5564
Región Sur (Miami): (305) 349-1478
Región Suncoast (Tampa): (813) 233-4300

Cómo presentar una queja según la ley HIPAA
Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados por APD o uno de sus empleados, puede presentar una queja ante la APD y/o la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos en las siguientes direcciones. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

HIPAA Privacy Officer
Agency for Persons with Disabilities
4030 Esplanade Way
Tallahassee, Florida 32399-0950
(850) 922-9309

Secretary
Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019

Futuros cambios en el Aviso de prácticas de privacidad
La APD se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y de redactar nuevas disposiciones para el aviso, las cuales entrarán en vigor para toda la información de salud protegida que poseamos. Si hacemos una modificación sustancial a este aviso, enviaremos una copia actualizada a los hogares beneficiarios en un plazo de sesenta (60) días posteriores a la modificación.

Quién recibe el aviso de prácticas de privacidad
Enviamos este aviso a todos los hogares beneficiarios. Este aviso se aplica a todos los consumidores que reciben los servicios de la Agencia. En cumplimiento de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad de HIPAA a la dirección que se indica en el aviso, si desea recibir este aviso en un formato alterno, como Braille, letra grande o audio.

Fecha de entrada en vigencia: 1/7/2014