# СОГЛАШЕНИЕ О ДОСТУПЕ К РАСШИРЕННОЙ СИСТЕМЕ НАБЛЮДЕНИЯ ARIAS УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА ОРЕГОН И СОБЛЮДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ЕЁ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

Будучи сотрудником, подрядчиком Отдела общественного здравоохранения (PHD) Управления здравоохранения штата Орегон, добровольцем отдела PHD или местного органа здравоохранения или управления племен, я понимаю, что я могу получить доступ к информации, конфиденциальность которой защищена в соответствии с законодательством штата Орегон о лицах с заболеваниями, подлежащими регистрации, и близких контактах лиц с заболеваниями, подлежащими регистрации. Такая информация включает в себя электронные данные, хранящиеся и контролируемые системой ARIAS, к которой я получу доступ как пользователь для исполнения своих обязанностей, предписанных отделом PHD. Подписывая настоящее соглашение, я подтверждаю свое понимание того, что согласно статье 433.008 Свода законов штата Орегон с изменениями и дополнениями, я обязан(-а) обеспечивать защиту доступной мне информации, и свое согласие со следующим утверждением:

1. Конфиденциальная информация может храниться в виде записей наблюдения, произведенных сотрудниками отдела общественного здравоохранения, электронных и бумажных записей, содержащих данные, полученные во время собеседований или другими способами. Информация может быть получена от заинтересованных сторон или из других источников.
2. Конфиденциальная информация, к которой я могу иметь доступ, включает в себя, помимо прочего, имена и фамилии, адреса, номера телефонов, физические и психические заболевания, проблемы со здоровьем, факторы риска и лечение, религиозные убеждения, финансы, условия проживания и социальную историю. Она включает в себя информацию, которая может установить личность конкретного человека и иногда может включать в себя демографические данные. Характер информации и обстоятельства, при которых она может быть иметь отношение к конкретному лицу, требуют, чтобы я рассматривал(-а) всю эту информацию как конфиденциальную.
3. Я буду получать доступ к информации исключительно в целях выполнения своих служебных обязанностей.
4. Я не буду раскрывать никому и никакой стороне какую-либо конфиденциальную информацию, за исключением случаев, когда это разрешено управлением OHA в соответствии с действующим законодательством. Я буду направлять любые запросы о предоставлении информации, включая демографические и сводные данные, своему руководителю для рассмотрения и отзыва. Я буду соблюдать применимые законы, правила и положения, касающиеся защиты конфиденциальной информации, включая раздел 14 главы 943 правила OAR.
5. Я не буду обсуждать конфиденциальную информацию с кем-либо, кто в соответствии с законом не уполномочен знать о ней, просматривать ее или использовать ее.
6. Я не буду осуществлять доступ или пытаться получить доступ к информации или записям, к которым у меня нет прав доступа в рамках моих должностных обязанностей, включая информацию или записи, касающиеся меня, родственников, друзей, коллег, знаменитостей, клиентов или других лиц в своих личных целях.
7. Я буду обеспечивать защиту конфиденциальной информации, когда она не будет использоваться перед тем, как покинуть свое рабочее место, а также во время поездок в соответствии с положениями и внутренним распорядком управления OHA.
8. Я обеспечу защиту доступа к системе ARIAS, заблокировав доступ к своему компьютеру в то время, когда я не работаю на нём.
9. Я буду безопасно передавать конфиденциальную информацию только тем лицам, которых имеют разрешение на ее получение, и только безопасным способом, например, по электронной почте, в соответствии с положениями и внутренним распорядком управления OHA.
10. Я буду придерживаться положений и внутреннего распорядка управления OHA по уничтожению бумажных документов и удалению электронных файлов, содержащих конфиденциальную информацию.
11. Я немедленно сообщу о любом известном или предполагаемом нарушении конфиденциальности или безопасности своему руководителю и в Отдел информационной безопасности и конфиденциальности Управления здравоохранения штата Орегон по адресу <https://www.oregon.gov/oha/FOD/OIS-ISPO/Pages/Contact-Us.aspx>.
12. Я буду защищать от потери, несанкционированного доступа или несанкционированного использования моих ключей, паролей и кодов безопасности. Я никому не буду разглашать свой пароль или коды безопасности и немедленно сообщу о любой утрате, факте раскрытия или угрозе безопасности информации своему руководителю.
13. Я понимаю, что несу ответственность за любое использование или неправомерное использование системы ARIAS посредством своей учетной записи, а также за использование или неправомерное использование любой конфиденциальной информации, доступ к которой осуществляется посредством моей учетной записи или ключей, паролей или кодов безопасности.
14. Я не буду использовать чужой пароль или защитный код для доступа к системе ARIAS или конфиденциальной информации.
15. Я понимаю, что меня могут подвергнуть периодической проверке моих действий в отношении использования данных и расследованию любых неправомерных схем использования данных, и я даю согласие на такие периодические проверки использования мной системы ARIAS и моих данных, включая конфиденциальную информацию.
16. Я понимаю, что нарушение безопасности или конфиденциальности может быть основанием для дисциплинарных взысканий, которые могут включать в себя увольнение с работы или судебное преследование. Я понимаю, что нарушение статьи 433.008 Свода законов ORS является преступлением средней тяжести класса А. ORS 433.990(1).
17. Я понимаю, что окончательного срока действия этих обязательств в отношении конфиденциальности не существует, и я буду соблюдать эти обязательства в отношении доступа, использования и раскрытия информации даже после завершения или изменения моих функций работника отдела PHD, в результате которого мне больше не потребуется доступ к конфиденциальной информации, являющейся предметом настоящего соглашения.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя, фамилия пользователя печатными буквами: | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Личный номер в системе Citrix (*номер P или OR*): | | | | |  | | | | | | | или личный номер пользователя системы Microsoft: | | | |  | |
| Подпись пользователя: |  | | | | | | | | | | | | | | Дата: |  | |
| Адрес эл. почты пользователя: | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Рабочий телефон: | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата последнего инструктажа по вопросам безопасности и конфиденциальности: | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Имя, фамилия руководителя печатными буквами: | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Подпись руководителя: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес эл. почты руководителя: | |  | | | | | | | | | | | Рабочий телефон руководителя: | | | |  |
| Имя, фамилия ответственной стороны печатными буквами: | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Подпись ответственной стороны: | | | | | | | | |  | | | | | Дата: | | |  |
| Почтовый адрес ответственной стороны: | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Перечислите все юрисдикции (округа), к которым пользователь будет иметь доступ: | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |