



TIPS FOR PATIENTS

It is our mission to provide quality, comprehensive health care in an environment distinguished by exceptional service. Your health is important to us. Our Health Center locations and contact information is provided below along with some helpful tips to access care.



Health Center locations and Hours of Operation are available at www.hotelfunds.org and by phone at (718) 606-FUND(3863).

PRIMARY CARE

Our Health Center Clerical Staff will help to assign you a Primary Care Provider (PCP) to address your individual healthcare needs. Your PCP will collaborate with your care team to provide you with any necessary services, including but not limited to age and gender appropriate screening exams or treatments. If there is a need to change your PCP, you may do so by speaking with Health Center Clerical Staff.

MEDICAL SPECIALTIES

Your PCP may refer you to a Specialist for evaluation or treatment if needed. If the Specialty you require is not available at your Health Center, our Clerical staff will schedule an appointment for you at another Health Center or with a Network Provider. If you visit a Network Provider and s/he requests diagnostic tests or a follow-up visit, an additional authorization will be needed and your primary care provider may request to see you for additional evaluation.

APPOINTMENTS

Try to plan ahead and schedule future appointments for anticipated needs such as: annual physical exams, routine check-ups, vaccinations, or diagnostic tests.

Please call before coming to the center if you need a same-day appointment, this will minimize the wait and allow time for the provider to address your immediate needs.

Please arrive about 15 minutes early for your appointment to allow your care team to prepare for your visit with your Provider.

You may call your Health Center to schedule an appointment or utilize our patient portal www.MyFundsPortal.com to request an appointment.

PATIENT PORTAL

It is important to create a Portal account. Instruction regarding how to set-up a portal account, can be found at www.MyFundsPortal.com.

With your My Funds Portal, you will be able to:

- Retrieve Referrals
- View recent doctor's visits and discharge summaries
- View and Scheduling upcoming appointments
- Securely message your care team
- Request prescription refills and renewals
- Update contact information
- View lab results

PHARMACY

A pharmacy is located in each of our Health Centers. Our pharmacy's formulary offers a broad range medications, a list is available at hotelfunds.org/pharmacies you can chose to download or print the formulary to take it with you when you visit your doctor.

A co-pay may apply. Check our website or call the pharmacy for the hours of operation. Save time and order your medication refill(s) by:

- Utilizing the RefillPro app on your mobile device.
- Requesting a refill through your MyFundsPortal.com Patient Portal.
- Calling your local Health Center Pharmacy and following the prompts for our automated refill system.
 - Look on your prescription label for the prescription number and enter the number when you call or in RefillPro. You will be provided with time to pick-up your medication.

Our pharmacy does have the ability to administer vaccinations for Flu, RSV, COVID-19, and more. Please call our Health Center to learn more.

WHAT TO DO WHEN THE HEALTH CENTERS ARE CLOSED:

Eligible members will be able to use over 150 CityMD urgent care locations throughout New York and New Jersey at no cost upon presentation of their-new Health Center Insurance Card. To locate authorized CityMD urgent cares, log-on to www.citymd.com, key in your zip code to find the CityMD closest to you. In the case that you are uncertain on whether your condition is suitable for urgent care services, you can call our Health Centers (both during and after hours) for more information at 718-606-FUND (3863).

Hours of Operations available at Hotelfunds.org, If you need assistance for a:

- Medical or Dental condition that can wait until the next business day, contact your center during hours of operation to schedule a same day appointment.
- Medical or Dental condition, that cannot wait until the next business day, call your Health Center. Our answering service will ask a few questions and direct you to a healthcare provider or registered nurse.
- **MEDICAL EMERGENCY** – in the event of a life or limb threatening condition, proceed to the nearest hospital Emergency department and bring your insurance card.
- Ambulance services will be covered only for true medical emergency conditions.
- To minimize out-of-pocket costs for emergency department or hospital care, utilize health center affiliated hospitals.
- Emergency Medical Care will be covered according to fee schedule; therefore, a portion of emergency services charges may be your responsibility.

If you have questions regarding the coverage of Emergency or Hospital services, refer to the Summary Plan Description (SPD) or contact the Benefits Department, located at 305 West 44th Street, NY, NY 10036 or call Phone # (212) 586-6400

PATIENT RESPONSIBILITIES:

- Provide accurate and complete information about your past illnesses, hospitalizations, medications, and other matters relating to your health.
- Use MyFundsPortal.com or call to cancel or reschedule your appointments if you are unable to keep them.
- Keep us informed of your current home number, cell number, and mailing address. If an emergency arises, we need a current way to contact you.
- Be courteous and considerate to other patients and staff, respecting the policies of our Health and Dental Centers.

As a patient you have the right to complain without fear of reprisal about the care and services you are receiving, and to have staff respond with a written response. If you are not satisfied with the response you may complain to the New York State Health Department @ 1-800-804-5447.

Patients' Bill of Rights for Diagnostic & Treatment Centers (Clinics)

As a patient in a Clinic in New York State, you have the right, consistent with law, to:

- (1) Receive service(s) without regard to age, race, color, sexual orientation, religion, marital status, sex, gender identity, national origin or sponsor;
- (2) Be treated with consideration, respect and dignity including privacy in treatment;
- (3) Be informed of the services available at the center;
- (4) Be informed of the provisions for off-hour emergency coverage;
- (5) Be informed of and receive an estimate of the charges for services, view a list of the health plans and the hospitals that the center participates with; eligibility for third-party reimbursements and, when applicable, the availability of free or reduced cost care;
- (6) Receive an itemized copy of his/her account statement, upon request;
- (7) Obtain from his/her health care practitioner, or the health care practitioner's delegate, complete and current information concerning his/her diagnosis, treatment and prognosis in terms the patient can be reasonably expected to understand;
- (8) Receive from his/her physician information necessary to give informed consent prior to the start of any nonemergency procedure or treatment or both. An informed consent shall include, as a minimum, the provision of information concerning the specific procedure or treatment or both, the reasonably foreseeable risks involved, and alternatives for care or treatment, if any, as a reasonable medical practitioner under similar circumstances would disclose in a manner permitting the patient to make a knowledgeable decision;
- (9) Refuse treatment to the extent permitted by law and to be fully informed of the medical consequences of his/her action;
- (10) Refuse to participate in experimental research;
- (11) Voice grievances and recommend changes in policies and services to the center's staff, the operator and the New York State Department of Health without fear of reprisal;
- (12) Express complaints about the care and services provided and to have the center investigate such complaints. The center is responsible for providing the patient or his/her designee with a written response within 30 days if requested by the patient indicating the findings of the investigation. The center is also responsible for notifying the patient or his/her designee that if the patient is not satisfied by the center response, the patient may complain to the New York State Department of Health;
- (13) Privacy and confidentiality of all information and records pertaining to the patient's treatment;
- (14) Approve or refuse the release or disclosure of the contents of his/her medical record to any health-care practitioner and/or health-care facility except as required by law or third-party payment contract;
- (15) Access to his/her medical record per Section 18 of the Public Health Law, and Subpart 50-3. For additional information link to: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;
- (16) Authorize those family members and other adults who will be given priority to visit consistent with your ability to receive visitors;
- (17) When applicable, make known your wishes in regard to anatomical gifts. Persons sixteen years of age or older may document their consent to donate their organs, eyes and/or tissues, upon their death, by enrolling in the NYS Donate Life Registry or by documenting their authorization for organ and/or tissue donation in writing in a number of ways (such as health care proxy, will, donor card, or other signed paper). The health care proxy is available from the center;
- (18) View a list of the health plans and the hospitals that the center participates with; and
- (19) Receive an estimate of the amount that you will be billed after services are rendered.



**Department
of Health**

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

- (1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;
- (2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;
- (3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;
- (4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;
- (5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;
- (6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;
- (7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;
- (8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;
- (9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;
- (10) negarse a participar en un estudio de investigación;
- (11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);
- (12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)
- (13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;
- (14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;
- (15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;
- (16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y
- (17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;
- (18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;
- (19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios.



**Department
of Health**



**New York Hotel Trades Council and Hotel Association of
New York City, Inc. – Health Center**

PATIENT RESPONSIBILITIES

The Patient Has The Following Responsibilities:

1. To provide the Center with accurate medical information about past illnesses, Hospitalizations, medications and other matters relating to your health.
2. To consent by free will to all procedures.
3. To tell us if you do not understand procedures or instructions.
4. To follow after-care instructions as recommended by the Center.
5. To contact your physician with post-testing questions or concerns.
6. To observe the Health Center's Policies and Procedures.
7. To keep scheduled appointments or advise the Center if appointment cannot be kept.
8. To be considerate of other patients and personnel and respect the property of others and the Center. Maintain a quiet environment.
9. Be aware of the Health Center hours.



New York Hotel Trades Council and Hotel Association of
New York City, Inc. – Centro de Salud

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El paciente tiene las siguientes responsabilidades:

1. Proporcionarle al Centro información médica precisa sobre sus antecedentes de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y demás asuntos relacionados con su salud.
2. Prestar consentimiento por voluntad propia para todos los procedimientos.
3. Avisarnos en caso de que no entienda los procedimientos o las instrucciones.
4. Cumplir las instrucciones de cuidados posteriores recomendadas por el Centro.
5. Contactar a su médico si tiene preguntas o dudas luego de los estudios.
6. Cumplir las políticas y procedimientos del Centro de Salud.
7. Acudir a las citas programadas o avisarle al Centro si no puede asistir.
8. Ser atento y respetuoso con los demás pacientes y con el personal y respetar la propiedad de los demás y del Centro. Mantener un ambiente tranquilo.
9. Estar al tanto del horario de atención del Centro de Salud.

HEALTH CARE PROXY

Appointing Your Health Care Agent in New York State

The New York Health Care Proxy Law allows you to appoint someone you trust — for example, a family member or close friend — to make health care decisions for you if you lose the ability to make decisions yourself. By appointing a health care agent, you can make sure that health care providers follow your wishes. Your agent can also decide how your wishes apply as your medical condition changes. Hospitals, doctors and other health care providers must follow your agent's decisions as if they were your own. You may give the person you select as your health care agent as little or as much authority as you want. You may allow your agent to make all health care decisions or only certain ones. You may also give your agent instructions that he or she has to follow. This form can also be used to document your wishes or instructions with regard to organ and/or tissue donation.

About the Health Care Proxy Form

This is an important legal document. Before signing, you should understand the following facts:

1. This form gives the person you choose as your agent the authority to make all health care decisions for you, including the decision to remove or provide life-sustaining treatment, unless you say otherwise in this form. "Health care" means any treatment, service or procedure to diagnose or treat your physical or mental condition.
2. Unless your agent reasonably knows your wishes about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by a feeding tube or intravenous line), he or she will not be allowed to refuse or consent to those measures for you.
3. Your agent will start making decisions for you when your doctor determines that you are not able to make health care decisions for yourself.
4. You may write on this form examples of the types of treatments that you would not desire and/or those treatments that you want to make sure you receive. The instructions may be used to limit the decision-making power of the agent. Your agent must follow your instructions when making decisions for you.
5. You do not need a lawyer to fill out this form.
6. You may choose any adult (18 years of age or older), including a family member or close friend, to be your agent. If you select a doctor as your agent, he or she will have to choose between acting as your agent or as your attending doctor because a doctor cannot do both at the same time. Also, if you are a patient or resident of a hospital, nursing home or mental hygiene facility, there are special restrictions about naming someone who works for that facility as your agent. Ask staff at the facility to explain those restrictions.
7. Before appointing someone as your health care agent, discuss it with him or her to make sure that he or she is willing to act as your agent. Tell the person you choose that he or she will be your health care agent. Discuss your health care wishes and this form with your agent. Be sure to give him or her a signed copy. Your agent cannot be sued for health care decisions made in good faith.
8. If you have named your spouse as your health care agent and you later become divorced or legally separated, your former spouse can no longer be your agent by law, unless you state otherwise. If you would like your former spouse to remain your agent, you may note this on your current form and date it or complete a new form naming your former spouse.
9. Even though you have signed this form, you have the right to make health care decisions for yourself as long as you are able to do so, and treatment cannot be given to you or stopped if you object, nor will your agent have any power to object.
10. You may cancel the authority given to your agent by telling him or her or your health care provider orally or in writing.
11. Appointing a health care agent is voluntary. No one can require you to appoint one.
12. You may express your wishes or instructions regarding organ and/or tissue donation on this form.

Frequently Asked Questions

Why should I choose a health care agent?

If you become unable, even temporarily, to make health care decisions, someone else must decide for you. Health care providers often look to family members for guidance. Family members may express what they think your wishes are related to a particular treatment. Appointing an agent lets you control your medical treatment by:

- allowing your agent to make health care decisions on your behalf as you would want them decided;
- choosing one person to make health care decisions because you think that person would make the best decisions;
- choosing one person to avoid conflict or confusion among family members and/or significant others.

You may also appoint an alternate agent to take over if your first choice cannot make decisions for you.

Who can be a health care agent?

Anyone 18 years of age or older can be a health care agent. The person you are appointing as your agent or your alternate agent cannot sign as a witness on your Health Care Proxy form.

How do I appoint a health care agent?

All competent adults, 18 years of age or older, can appoint a health care agent by signing a form called a Health Care Proxy. You don't need a lawyer or a notary, just two adult witnesses. Your agent cannot sign as a witness. You can use the form printed here, but you don't have to use this form.

When would my health care agent begin to make health care decisions for me?

Your health care agent would begin to make health care decisions after your doctor decides that you are not able to make your own health care decisions. As long as you are able to make health care decisions for yourself, you will have the right to do so.

What decisions can my health care agent make?

Unless you limit your health care agent's authority, your agent will be able to make any health care decision that you could have made if you were able to decide for yourself. Your agent can agree that you should receive treatment, choose among different treatments and decide that treatments should not be provided, in accordance with your wishes and interests. However, your agent can only make decisions about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube or intravenous line) if he or she knows your wishes from what you have said or what you have written. The Health Care Proxy form does not give your agent the power to make non-health care decisions for you, such as financial decisions.

Why do I need to appoint a health care agent if I'm young and healthy?

Appointing a health care agent is a good idea even though you are not elderly or terminally ill. A health care agent can act on your behalf if you become even temporarily unable to make your own health care decisions (such as might occur if you are under general anesthesia or have become comatose because of an accident). When you again become able to make your own health care decisions, your health care agent will no longer be authorized to act.

How will my health care agent make decisions?

Your agent must follow your wishes, as well as your moral and religious beliefs. You may write instructions on your Health Care Proxy form or simply discuss them with your agent.

Frequently Asked Questions, *continued*

How will my health care agent know my wishes?

Having an open and frank discussion about your wishes with your health care agent will put him or her in a better position to serve your interests. If your agent does not know your wishes or beliefs, your agent is legally required to act in your best interest. Because this is a major responsibility for the person you appoint as your health care agent, you should have a discussion with the person about what types of treatments you would or would not want under different types of circumstances, such as:

- whether you would want life support initiated/continued/removed if you are in a permanent coma;
- whether you would want treatments initiated/continued/removed if you have a terminal illness;
- whether you would want artificial nutrition and hydration initiated/withheld or continued or withdrawn and under what types of circumstances.

Can my health care agent overrule my wishes or prior treatment instructions?

No. Your agent is obligated to make decisions based on your wishes. If you clearly expressed particular wishes, or gave particular treatment instructions, your agent has a duty to follow those wishes or instructions unless he or she has a good faith basis for believing that your wishes changed or do not apply to the circumstances.

Who will pay attention to my agent?

All hospitals, nursing homes, doctors and other health care providers are legally required to provide your health care agent with the same information that would be provided to you and to honor the decisions by your agent as if they were made by you. If a hospital or nursing home objects to some treatment options (such as removing certain treatment) they must tell you or your agent BEFORE or upon admission, if reasonably possible.

What if my health care agent is not available when decisions must be made?

You may appoint an alternate agent to decide for you if your health care agent is unavailable, unable or unwilling to act when decisions must be made. Otherwise, health care providers will make health care decisions for you that follow instructions you gave while you were still able to do so. Any instructions that you write on your Health Care Proxy form will guide health care providers under these circumstances.

What if I change my mind?

It is easy to cancel your Health Care Proxy, to change the person you have chosen as your health care agent or to change any instructions or limitations you have included on the form. Simply fill out a new form. In addition, you may indicate that your Health Care Proxy expires on a specified date or if certain events occur. Otherwise, the Health Care Proxy will be valid indefinitely. If you choose your spouse as your health care agent or as your alternate, and you get divorced or legally separated, the appointment is automatically cancelled. However, if you would like your former spouse to remain your agent, you may note this on your current form and date it or complete a new form naming your former spouse.

Can my health care agent be legally liable for decisions made on my behalf?

No. Your health care agent will not be liable for health care decisions made in good faith on your behalf. Also, he or she cannot be held liable for costs of your care, just because he or she is your agent.

Frequently Asked Questions, *continued*

Is a Health Care Proxy the same as a living will?

No. A living will is a document that provides specific instructions about health care decisions. You may put such instructions on your Health Care Proxy form. The Health Care Proxy allows you to choose someone you trust to make health care decisions on your behalf. Unlike a living will, a Health Care Proxy does not require that you decide in advance decisions that may arise. Instead, your health care agent can interpret your wishes as medical circumstances change and can make decisions you could not have known would have to be made.

Where should I keep my Health Care Proxy form after it is signed?

Give a copy to your agent, your doctor, your attorney and any other family members or close friends you want. Keep a copy in your wallet or purse or with other important papers, but not in a location where no one can access it, like a safe deposit box. Bring a copy if you are admitted to the hospital, even for minor surgery, or if you undergo outpatient surgery.

May I use the Health Care Proxy form to express my wishes about organ and/or tissue donation?

Yes. Use the optional organ and tissue donation section on the Health Care Proxy form and be sure to have the section witnessed by two people. You may specify that your organs and/or tissues be used for transplantation, research or educational purposes. Any limitation(s) associated with your wishes should be noted in this section of the proxy. **Failure to include your wishes and instructions on your Health Care Proxy form will not be taken to mean that you do not want to be an organ and/or tissue donor.**

Can my health care agent make decisions for me about organ and/or tissue donation?

Yes. As of August 26, 2009, your health care agent is authorized to make decisions after your death, but only those regarding organ and/or tissue donation. Your health care agent must make such decisions as noted on your Health Care Proxy form.

Who can consent to a donation if I choose not to state my wishes at this time?

It is important to note your wishes about organ and/or tissue donation to your health care agent, the person designated as your decedent's agent, if one has been appointed, and your family members. New York Law provides a list of individuals who are authorized to consent to organ and/or tissue donation on your behalf. They are listed in order of priority: your health care agent; your decedent's agent; your spouse, if you are not legally separated, or your domestic partner; a son or daughter 18 years of age or older; either of your parents; a brother or sister 18 years of age or older; a guardian appointed by a court prior to the donor's death; or another person authorized to dispose of the body.

HEALTH CARE PROXY FORM INSTRUCTIONS

Item (1)

Write the name, home address and telephone number of the person you are selecting as your agent.

Item (2)

If you want to appoint an alternate agent, write the name, home address and telephone number of the person you are selecting as your alternate agent.

Item (3)

Your Health Care Proxy will remain valid indefinitely unless you set an expiration date or condition for its expiration. This section is optional and should be filled in only if you want your Health Care Proxy to expire.

Item (4)

If you have special instructions for your agent, write them here. Also, if you wish to limit your agent's authority in any way, you may say so here or discuss them with your health care agent. If you do not state any limitations, your agent will be allowed to make all health care decisions that you could have made, including the decision to consent to or refuse life-sustaining treatment.

If you want to give your agent broad authority, you may do so right on the form. Simply write: I have discussed my wishes with my health care agent and alternate and they know my wishes including those about artificial nutrition and hydration.

If you wish to make more specific instructions, you could say:

If I become terminally ill, I do/don't want to receive the following types of treatments....

If I am in a coma or have little conscious understanding, with no hope of recovery, then I do/don't want the following types of treatments:....

If I have brain damage or a brain disease that makes me unable to recognize people or speak and there is no hope that my condition will improve, I do/don't want the following types of treatments:....

I have discussed with my agent my wishes about _____ and I want my agent to make all decisions about these measures.

Examples of medical treatments about which you may wish to give your agent special instructions are listed below. This is not a complete list:

- artificial respiration
- artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube)
- cardiopulmonary resuscitation (CPR)
- antipsychotic medication
- electric shock therapy
- antibiotics
- surgical procedures
- dialysis
- transplantation
- blood transfusions
- abortion
- sterilization

Item (5)

You must date and sign this Health Care Proxy form. If you are unable to sign yourself, you may direct someone else to sign in your presence. Be sure to include your address.

Item (6)

You may state wishes or instructions about organ and /or tissue donation on this form. New York law does provide for certain individuals in order of priority to consent to an organ and/or tissue donation on your behalf: your health care agent, your decedent's agent, your spouse, if you are not legally separated, or your domestic partner, a son or daughter 18 years of age or older, either of your parents, a brother or sister 18 years of age or older, a guardian appointed by a court prior to the donor's death.

Item (7)

Two witnesses 18 years of age or older must sign this Health Care Proxy form. The person who is appointed your agent or alternate agent cannot sign as a witness.

HEALTH CARE PROXY

(1) I, _____
hereby appoint _____
(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise. This proxy shall take effect only when and if I become unable to make my own health care decisions.

(2) Optional: Alternate Agent

If the person I appoint is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I hereby appoint _____
(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise.

(3) Unless I revoke it or state an expiration date or circumstances under which it will expire, this proxy shall remain in effect indefinitely. (Optional: If you want this proxy to expire, state the date or conditions here.) This proxy shall expire (specify date or conditions):

(4) **Optional:** I direct my health care agent to make health care decisions according to my wishes and limitations, as he or she knows or as stated below. (If you want to limit your agent's authority to make health care decisions for you or to give specific instructions, you may state your wishes or limitations here.) I direct my health care agent to make health care decisions in accordance with the following limitations and/or instructions (attach additional pages as necessary):

In order for your agent to make health care decisions for you about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube and intravenous line), your agent must reasonably know your wishes. You can either tell your agent what your wishes are or include them in this section. See instructions for sample language that you could use if you choose to include your wishes on this form, including your wishes about artificial nutrition and hydration.

(5) Your Identification *(please print)*

Your Name _____

Your Signature _____ Date _____

Your Address _____

(6) Optional: Organ and/or Tissue Donation

I hereby make an anatomical gift, to be effective upon my death, of:
(check any that apply)

☐ Any needed organs and/or tissues

☐ The following organs and/or tissues _____

☐ Limitations _____

If you do not state your wishes or instructions about organ and/or tissue donation on this form, it will not be taken to mean that you do not wish to make a donation or prevent a person, who is otherwise authorized by law, to consent to a donation on your behalf.

Your Signature _____ Date _____

(7) Statement by Witnesses *(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be the health care agent or alternate.)*

I declare that the person who signed this document is personally known to me and appears to be of sound mind and acting of his or her own free will. He or she signed (or asked another to sign for him or her) this document in my presence.

Witness 1

Date _____

Name *(print)* _____

Signature _____

Address _____

Witness 2

Date _____

Name *(print)* _____

Signature _____

Address _____



**Department
of Health**

PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombramiento de su agente de atención médica en el estado de Nueva York

La New York Health Care Proxy Law le permite elegir a alguien en quien confía (por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano) para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que sus proveedores de atención médica cumplirán sus deseos. Su agente también decidirá sobre cómo aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben respetar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted podría darle a la persona que elija para que sea su agente de atención médica el grado de autoridad que usted desee. Podría permitirle a su agente que tome todas las decisiones de atención médica o que solo tome determinadas decisiones. También podría darle instrucciones a su agente para que las siga. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones en relación con la donación de órganos o tejidos.

Acerca del formulario del Poder de atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, debe entender lo siguiente:

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía recibir o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre.
5. No necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede elegir a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si selecciona a un médico como su agente, este deberá escoger si actúa como agente o su médico tratante, porque un médico no puede desempeñar las dos funciones al mismo tiempo. Asimismo, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen limitaciones especiales para nombrar a una persona que trabaje en el centro como su agente. Pida al personal del centro que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su agente de atención médica, hable con la persona y asegúrese de que está dispuesta a hacerlo. Dígale a la persona que seleccione que será su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos de atención médica y de este formulario con su agente. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no podrá ser demandado por decisiones de atención médica de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como su agente de atención médica y luego se divorcian o se separan legalmente, su ex cónyuge no podrá seguir actuando como su agente ante la ley, salvo que usted lo indique de otra manera. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.
9. A pesar de haber firmado este formulario, usted tiene derecho a tomar sus decisiones de atención médica siempre que esté en capacidad de hacerlo, y no se le podrá iniciar ni suspender un tratamiento si usted se opone, y su agente no tendrá ningún poder para objetar sus decisiones.
10. Usted puede anular la autoridad que le otorgó a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es voluntaria. Nadie lo puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos.

Preguntas frecuentes

¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencia buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de su tratamiento médico al:

- permitir que su agente tome decisiones de atención médica en su nombre de la forma en que usted hubiera decidido;
- elegir a una persona para que tome decisiones médicas porque usted considera que esa persona tomaría las mejores decisiones; y
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia o entre las personas importantes.

También puede nombrar a un agente alternativo para que sustituya a su primera elección si este no puede tomar decisiones en su nombre.

¿Quién puede ser un agente de atención médica?

Cualquier persona que tenga 18 años de edad o más puede ser un agente de atención médica. La persona que nombre como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo en el formulario de Poder de atención médica.

¿Cómo puedo nombrar a un agente de atención médica?

Todos los adultos competentes, que tengan 18 años de edad o más, pueden nombrar a un agente mediante la firma de un formulario llamado Poder de atención médica. No se necesita un abogado o un notario, solamente dos testigos adultos. Su agente no podrá firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no tiene que usar este formulario.

¿En qué momento podrá empezar mi agente de atención médica a tomar decisiones de atención médica en mi nombre?

Su agente de atención médica empezará a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que tenga la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá el derecho de hacerlo.

¿Qué decisiones podrá tomar mi agente de atención médica?

A menos que usted restrinja la autoridad del agente de atención médica, su agente podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted tomaría si tuviera la capacidad para decidir por sí mismo. Su agente puede estar de acuerdo en que usted reciba tratamiento, puede elegir entre varios tratamientos y decidir cuál tratamiento le deben aplicar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones en cuanto a nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provista mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos con base en lo que usted dijo o escribió. El formulario de Poder de atención médica no le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones que no sean de atención médica, como decisiones financieras.

¿Por qué debo nombrar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?

Nombrar a un agente de atención médica es una buena idea incluso si no es anciano ni tiene una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en su nombre si usted es temporalmente incapaz de tomar decisiones de atención médica por su cuenta (como podría ocurrir si está bajo los efectos de anestesia general o si está en estado de coma debido a un accidente). Cuando vuelve a tener la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo, su agente de atención médica ya no estará autorizado para actuar.

Preguntas frecuentes, *continuación*

¿Cómo tomará las decisiones de atención médica mi agente de atención médica?

Su agente deberá cumplir sus deseos y deberá tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario de Poder de atención médica o simplemente hablarlo con su agente.

¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis deseos?

Con una conversación franca y abierta sobre sus deseos con el agente de atención médica usted le dará mejores herramientas para atender sus intereses. Si su agente no conoce cuáles son sus deseos o sus creencias, el agente está obligado legalmente a actuar en su mejor interés. Debido a que esto es una gran responsabilidad para la persona que nombre como su agente de atención médica, debe hablar con esa persona acerca de los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como:

- si le gustaría iniciar/continuar/retirar el soporte vital si está en coma permanente;
- si desea iniciar/continuar/retirar los tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si desea iniciar/retener o continuar con nutrición e hidratación artificial y bajo qué tipo de circunstancias.

¿Puede mi agente de atención médica actuar en contra de mis deseos o en contra de las instrucciones previas de tratamiento?

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente algún deseo en particular, o bien, otorgó instrucciones específicas para tratamiento, su agente tiene la responsabilidad de cumplir esos deseos o instrucciones a menos que tenga un motivo de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o que no aplican a las circunstancias.

¿Quién le prestará atención a mi agente?

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica están legalmente obligados a proporcionarles a su agente de atención médica la misma información que le daría a usted y a honrar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Si un hospital o un hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como retirar cierto tratamiento), ellos deberán indicárselo a usted o a su agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?

Usted podrá nombrar a un agente alternativo para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible o no es capaz o no desea actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, de acuerdo con las instrucciones que les dio mientras aún era capaz de hacerlo. Cualquier instrucción que usted haya indicado por escrito en su Poder de atención médica servirá de guía a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

¿Qué sucede si cambio de parecer?

Es fácil cancelar un Poder de atención médica, cambiar a la persona que eligió como su agente de atención médica o cambiar cualquier instrucción o restricción que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de atención médica expira en una fecha determinada o si ocurre determinado evento. De lo contrario, el Poder de atención médica tendrá validez permanente. Si elige a su cónyuge como su agente de atención médica o como el agente alternativo y usted se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento queda automáticamente cancelado. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.

Preguntas frecuentes, *continuación*

¿Puede mi agente de atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que tomó en mi nombre?

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre y de buena fe. Además, no será responsable de los costos de su atención, solo porque es su agente.

¿Es lo mismo el poder de atención médica que el testamento en vida?

No. Un documento de instrucciones anticipadas es aquel que proporciona instrucciones específicas sobre decisiones de atención médica. Puede colocar dichas instrucciones en el formulario de Poder de atención médica. El Poder de atención médica le permite elegir a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de un testamento en vida, un poder de atención médica no exige que usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En vez de eso, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambian, y puede tomar decisiones que este no podría haber sabido que tendría que tomar.

¿En dónde debo mantener mi formulario de poder de atención médica después de que lo firme?

Dele una copia a su agente, una a su médico, una a su abogado y otra a cualquier miembro de la familia o amigo cercano a quien desee dársela. Conserve una copia en su billetera o en su bolso o con otros documentos importantes, pero no en un lugar en donde nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Lleve una copia si va a ser admitido en el hospital, incluso para una cirugía menor, o si va a someterse a una cirugía como paciente ambulatorio.

¿Podría usar el formulario de poder de atención médica para expresar mis deseos sobre donación de órganos o tejidos?

Sí. Utilice la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de poder de atención médica y asegúrese de que haya dos testigos para esta sección. Podrá especificar qué órganos o tejidos se usarán para trasplantes, investigaciones o fines educativos. Cualquier limitación asociada con sus deseos deberá anotarse en esta sección del poder. **Si incumple con incluir sus deseos e instrucciones en el poder de atención médica no se interpretará como que usted no desea ser un donador de órganos o tejidos.**

¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre donación de órganos o tejidos?

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su agente de atención médica está autorizado para tomar decisiones después de su fallecimiento, pero solo en lo concerniente a la donación de órganos o tejidos. Su agente de atención médica podrá tomar dichas decisiones según lo establecido en el formulario de poder de atención médica.

¿Quiénes pueden dar consentimiento para una donación si yo elijo no indicar cuáles son mis deseos en este momento?

Es importante informar a su agente de atención médica sobre sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos, a la persona nombrada como su agente después del fallecimiento, si se nombró alguno, y a los miembros de su familia. Las leyes de Nueva York proporcionan una lista de personas que están autorizadas a dar consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están enumerados en orden de prioridad: su agente de atención médica; el agente de la persona fallecida; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante; u otra persona autorizada para disponer del cuerpo.

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO PARA EL PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

Punto (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

Punto (2)

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

Punto (3)

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

Punto (4)

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría haber tomado, incluida la decisión de autorizar o rechazar el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario. Escriba: *Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.*

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento.

Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento:...

Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/

no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos:...

Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con _____ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- hidratación y alimentación artificial (alimento y agua proporcionados mediante una sonda de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

Punto (5)

Debe fechar y firmar este formulario de Poder de atención médica. Si no puede hacerlo por usted mismo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

Punto (6)

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos. La ley de Nueva York designa a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre: su agente de atención médica; el agente de la persona fallecida; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; o un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

Punto (7)

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder de atención médica. La persona designada como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo.

PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

(1) Yo, _____
por este medio nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) Opcional: Agente alternativo

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por este medio nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

(3) Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (Opcional: si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones):

(4) Opcional: Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

(5) Su identificación *(en letra de molde)*

Su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

Su dirección _____

(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

(marque la opción que corresponda)

☐ Cualquier órgano o tejido que se necesite

☐ Los siguientes órganos o tejidos _____

☐ Limitaciones _____

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma _____ Fecha _____

(7) Declaración de testigos *(Los testigos deben tener al menos 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

Testigo 1

Fecha _____

Nombre *(en letra de molde)* _____

Firma _____

Domicilio _____

Testigo 2

Fecha _____

Nombre *(en letra de molde)* _____

Firma _____

Domicilio _____



**Department
of Health**

**New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City, Inc.
Health Benefits Fund
Notice of Privacy Practices**

Effective as of September 23, 2013

Section 1: Purpose of 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.

This Notice Is Required By Law.

During the course of providing you with health coverage, the New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City, Inc. Health Benefits Fund (“Fund”) will have access to health information about you that has been deemed to be protected (referred to in this Notice as “Protected Health Information” or “PHI”) pursuant to the privacy rules issued under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (commonly known as “HIPAA”), as amended by the Health Information Technology For Economic and Clinical Health Act (“HITECH”). As a result, the Fund is required by law to take reasonable steps to ensure the privacy of your personally identifiable health information and to inform you about:

- How the Fund uses and discloses your PHI,
- Your privacy rights with respect to your PHI;
- The Fund’s duties with respect to your PHI;
- Your right to file a complaint with the Fund and with the Office of Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services, and
- The person or office to contact for further information about the Fund’s privacy practices.

Accordingly, this Notice has been drafted pursuant to the HIPAA Privacy Rule, contained in the Code of Federal Regulations at 45 C.F.R. Parts 160 and 164. Terms not defined in this Notice have the same meaning as they have in the HIPAA Privacy Rule, as amended by HITECH.

The Fund reserves the right to change the terms of this Notice and to make new provisions regarding your PHI that it maintains, as permitted or required by law. If the Fund makes a material change to this Notice, it will provide you with a copy of the revised Notice of Privacy Practices.

Section 2: Your Protected Health Information

Protected Health Information (PHI) Defined.

The term “Protected Health Information” (PHI) includes all health information, including demographic information, collected from you or created or received by the Fund, a health care provider, a health care clearinghouse, a health plan, or your employer, from which it is possible to individually identify you and that relates to your (i) past, present or future physical or mental health or condition, (ii) the provision of health care to you, or (iii) the past, present, or future payment for the provision of health care to you. Individually identifiable information includes your name, address, date of birth, employee ID number, and Social Security number that is linked to the above-referenced matters concerning your health care, regardless of whether such information is transmitted orally, in writing, electronically or in any other form.

How the Fund May Use and Disclose Your Protected Health Information.

Generally speaking, the Fund Sponsor has amended its plan documents to protect your PHI as required by federal law. Under the law, however, the Fund may disclose your PHI without your consent in the following cases:

- Upon your request, the Fund is required to give you access to certain PHI in order to inspect and copy it.
- As required by an agency of the government. The Secretary of the United States Department of Health and Human Services (HHS) may require the disclosure of your PHI to investigate or determine the Fund’s compliance with privacy regulations.

In addition, under the law, the Fund may also use or disclose your PHI under other certain circumstances without your permission. The following categories (as well as those described in “*Other Permitted Uses and Disclosures of Your PHI for Which Consent, Authorization or Opportunity to Object is Not Required*”) describe the different ways that the Fund may use or disclose your PHI without your consent. For each category of uses or disclosures, this Notice will explain the scope of the unauthorized disclosure and provide some examples. Please note that not every use or disclosure in a category will be listed. Nevertheless, all of the ways that the Fund will be permitted to use or disclose PHI will fall into one of these categories.

For Treatment, Payment and Health Care Operations.

Treatment. Although the Fund does not provide treatment, it may use or disclose your PHI to support the provision, coordination or management of your health care treatment. For this compliance purpose, “treatment” also includes, but is not limited to, consultations and referrals between one or more providers. For example, in the process of arranging for durable medical equipment services ordered by your attending physician with a contracted service provider, the Fund may disclose your name, address, telephone number and diagnosis to the service provider’s intake coordinator.

Payment. The Fund may use or disclose your PHI with regard to its payment activities. “Payment” includes, but is not limited to, actions to make eligibility determinations, coverage determinations and payment (including resolving payment disputes, responding to payment inquiries, subrogating or obtaining reimbursement, conducting medical necessity and appropriateness of care claim reviews, utilization review and precertification). For example, the Fund may advise a physician’s office whether you are eligible for coverage and the benefit amount payable by the Fund. Also, explanation of benefit statements are mailed to the address the Fund has on record for a participant.

Health Care Operations. The Fund may use or disclose your PHI as part of its general administrative or business functions in order for it to function as a health plan. These functions include, but are not limited to, quality assessment and improvement, reviewing competence or qualifications of health care professionals, case management, disease management, activities relating to the creation and renewal of insurance and benefit administration contracts, legal services, auditing services, and general administrative activities, including data and information systems management. For example, the Fund may use information from your claims to refer you to case management, determine benefit costs, or for auditing the accuracy of claims processing functions.

Disclosure To Third Parties. The Fund may contract with individuals and entities known as Business Associates to perform various functions on its behalf or to provide certain types of services. In order to perform these functions or to provide these services, Business Associates will receive, create, maintain, transmit, use and/or disclosure your PHI, but only after they agree in writing with the Fund to implement appropriate safeguards regarding your PHI. For example, the Fund may contract with a service provider to perform the administrative functions necessary to pay your medical claims.

Reminders. The Fund may use your PHI to provide you with reminders. For example, the Fund may use your child’s date of birth to remind you that you may purchase COBRA continuation coverage for your child who would otherwise lose coverage under the Fund due to age, or to remind you to make an appointment with your physician.

Treatment Alternatives. The Fund may use your PHI to inform you about treatment alternatives.

Health-Related Benefits and Services. The Fund may use or disclose your PHI to inform you about other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Disclosure to the Plan Sponsor. The Fund may disclose your PHI to its Board of Trustees (“Board” or “Trustees”), which serves as the Plan Sponsor for the Fund, (or its designated committee) for purposes related to the Fund’s payment and health care operations, including in connection with appeals that you file following a denial of a benefit claim. In addition, the Fund Office may receive your PHI if you request assistance in filing or perfecting your claim for benefits under the Fund. The Trustees may also receive your PHI if necessary for them to fulfill their fiduciary duties with respect to the Fund. When disclosing PHI to the Board, the Fund will make reasonable efforts not to disclose more than the minimum necessary amount of PHI to achieve the particular purpose of the disclosure. Unless authorized by you in writing, your PHI: (1) may not be disclosed by the Fund other than as

permitted in this Notice or as required by law, or (2) will not be used with respect to any employment-related actions or decisions, or (3) with respect to any other benefit plan sponsored by or maintained by the Board.

In addition, the Fund may disclose “summary PHI” to the Board for obtaining premium bids or modifying, amending or terminating the Fund. Summary PHI summarizes the claims history, claims expenses or type of claims experienced by individuals for whom a plan sponsor (such as the Board of Trustees) has provided health benefits under a group health plan. Identifying information will be deleted from summary PHI, in accordance with federal privacy rules.

When the Disclosure of Your PHI Requires Your Written Authorization.

The Fund must generally obtain your written authorization before (each of these includes defined exceptions under which the Fund may use or disclose your PHI for these purposes without your authorization):

- Using or disclosing psychotherapy notes about you from your psychotherapist.

Psychotherapy notes are separately filed notes about your conversations with your mental health professional during a counseling session. They do not include summary information about your mental health treatment. The Fund is not likely to have access to or maintain these types of notes.

- Using or disclosing your PHI for marketing purposes (a communication that encourages you to purchase or use a product or service) if the Fund receives direct or indirect financial remuneration (payment) from the entity whose product or service is being marketed.
- Receiving direct or indirect remuneration (payment or other benefit) in exchange for receipt of your PHI.
- Using and disclosing your PHI for any use or disclosure not described within this Notice. At any time, you may revoke your authorization in writing except where the Fund has taken action in reliance on your authorization.

Other Uses and Disclosures for Which Consent, Authorization or Opportunity to Object are Not Required.

In addition to the above, the following categories describe other possible ways that the Fund may use and disclosure your PHI without your specific consent, authorization or request. For each category of uses or disclosures, this Notice will explain the scope of the unauthorized disclosure and provide some examples. Please note that not every use or disclosure in a category will be listed. Nevertheless, all of the ways that the Fund will be permitted to use or disclose PHI will fall into one of these categories.

- (1) When required by law.

- (2) When permitted for purposes of public health activities. This includes reporting product defects, permitting product recalls and conducting post-marketing surveillance. PHI may also be used or disclosed if you have been exposed to a communicable disease or are at risk of spreading a disease or condition, if authorized by law.
- (3) When authorized by law to report information about abuse, neglect or domestic violence to public authorities if there exists a reasonable belief that you may be a victim of abuse, neglect or domestic violence. In such case, the Fund will promptly inform you that such a disclosure has been or will be made unless that notice would cause a risk of serious harm. For the purpose of reporting child abuse or neglect, it is not necessary to inform the minor that such a disclosure has been or will be made. Disclosure may generally be made to the minor's parents or other representatives although there may be circumstances under law when the parents or other representatives may not be given access to the minor's PHI.
- (4) The Fund may disclose your PHI to a public health oversight agency for oversight activities authorized by law. This includes uses or disclosures in civil, administrative or criminal investigations and audits; inspections; licensure or disciplinary actions (for example, to investigate complaints against providers); and other activities necessary for appropriate oversight of government benefit programs (for example, to investigate Medicare or Medicaid fraud); or for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.
- (5) The Fund may disclose your PHI when required for judicial or administrative proceedings. For example, your PHI may be disclosed in response to a subpoena or discovery request or other lawful process by someone involved in such legal dispute, provided certain conditions are met. One of those conditions is that satisfactory assurances must be given to the Fund that the requesting party has made a good faith attempt to provide written notice to you, and the notice provided sufficient information about the proceeding to permit you to raise an objection and no objections were raised or were resolved in favor of disclosure by the court or tribunal.
- (6) When required for law enforcement health purposes, including the reporting of certain types of wounds. Also when required for law enforcement emergency purposes if the law enforcement official represents that the information is not intended to be used against the individual, the immediate law enforcement activity would be materially and adversely affected by waiting to obtain the individual's agreement and the Fund in its best judgment determines that disclosure is in the best interest of the individual. Law enforcement emergency purposes include identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person, and disclosing information about an individual who is or is suspected to be a victim of a crime, but only if the individual agrees to the disclosure or the covered entity is unable to obtain the individual's agreement because of emergency circumstances.

- (7) When required to be given to a coroner or medical examiner for the purpose of identifying a deceased person, determining a cause of death or other duties as authorized by law. Also, disclosure is permitted to funeral directors, consistent with applicable law, as necessary to carry out their duties with respect to the decedent.
- (8) The Fund may use or disclose PHI for research, subject to certain conditions and limitations.
- (9) When consistent with applicable law and standards of ethical conduct if the Fund, in good faith, believes the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public and the disclosure is to a person reasonably able to prevent or lessen the threat, including the target of the threat.
- (10) When authorized by and to the extent necessary to comply with workers' compensation or other similar programs established by law.
- (11) The Fund is permitted to disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board or privacy board that has established protocols to ensure the privacy of your PHI, or the research involves a limited data set which includes no unique identifiers (information such as name, address, social security number, etc., that can identify you).
- (12) When the appropriate conditions apply, the Fund may use or disclose PHI of individuals who are Armed Forces personnel: (1) for activities deemed necessary by military command authorities; or (2) to a foreign military authority if you are a member of that foreign military service. The Fund may also disclose your PHI to authorized federal officials conducting national security and intelligence activities.
- (13) If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, the Fund may disclose your PHI to the institution or official if the PHI is necessary for the institution to provide you with health care; to protect the health and safety of you or others; or for the security of the correctional institution.
- (14) If you are an organ donor, the Fund may release your PHI after your death to organizations that handle organ procurement or organ, eye, or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

Any other Fund uses and disclosures not described in Section 2 of this Notice will be made only if you provide the Fund with written authorization, subject to your right to revoke your authorization. If you provide us with written authorization to use or disclose your PHI for purposes other than those set forth in this Notice, you may revoke that authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, the Fund will no longer use or disclose your PHI for the reasons covered by your written authorization. However, the

Fund is unable to take back any disclosures that the Fund has already made with your authorization, and the Fund is required to retain records of the care that the Fund provided to you.

Disclosures to Others Involved in Your Health Care.

Disclosure of your PHI to family members, other relatives and your close personal friends without your written consent or authorization is allowed if the information is directly relevant to the family or friend's involvement with your care or payment for that care and you have either agreed to the disclosure or have been given an opportunity to object and have not objected.

If you are not present, or the opportunity to agree or object to the use or disclosure cannot practicably be provided because of your incapacity or emergency circumstance, the Fund may nevertheless make a disclosure of your PHI to family members, other relatives and your close personal friends if the Fund concludes, based on professional judgment and its experience with common practice, that the disclosure is in your best interest.

You can ensure that no disclosures will be made by the Fund under this section to your family members, other relatives and close personal friends by filing a written restriction with the Fund as described below.

Section 3: Your Individual Privacy Rights

Breach Notification.

If a breach of your unsecured PHI occurs, the Fund will notify you.

Uses and Disclosures Requiring Your Written Authorization.

Other uses and disclosures of your PHI that are not described above will be made only with your written authorization, subject to your right to revoke such authorization. Your authorization must be in writing and contain certain elements to be considered a valid authorization. You may call or write the Fund Office to request an authorization form be sent to you.

Personal Representatives.

You may exercise your rights through a personal representative. An individual purporting to act as your personal representative will be required to produce evidence of authority to act on your behalf before being provided access to your PHI or being allowed to take any action for you. Proof of such authority may take one of the following forms:

- A power of attorney for health care purposes, notarized by a Notary public;
- A court order of appointment of the person as conservator or guardian;
- An Appointment of Personal Representative form that is completed and signed by you; or

- An individual who is the parent of a minor child.

Notwithstanding the foregoing, the Fund retains the right to deny access to your PHI to a personal representative in certain abuse, neglect or endangerment situations where the Fund concludes it is in your best interest to deny access. This also applies to personal representatives of minors.

Rights of Individuals.

Right to Request Restrictions on PHI Uses and Disclosures.

You may request, in writing, that the Fund restrict the uses and disclosures of your PHI to carry out treatment, payment or health care operations or to restrict uses and disclosures to family members, relatives, friends or other persons identified by you who are involved in your care or payment for your care. However, the Fund is not required to agree to a requested restriction. If the Fund does agree to the request, the Fund will not use or disclose your PHI in violation of that restriction unless it is needed to provide emergency treatment or the Fund terminates the restriction with or without your agreement. Your request must include the PHI you wish to limit, whether you want to limit the Fund's use, disclosure, or both, and (if applicable), to whom you want the limitations to apply (for example, disclosures to your spouse). You have the right to request that the Fund not disclose PHI to a health plan for "payment or health care operations," as defined by HIPAA, if the provider has already been paid in full by the individual for the health care services.

The Fund will accommodate reasonable written requests for communications of PHI by alternative means or at alternative locations (e.g., send your Explanation of Benefits to your office, instead of at home). You or your personal representative will be required to complete the Fund's model form to request restrictions on uses and disclosures of your PHI.

Make such requests to:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
New York, NY 10036
Phone (212) 586-6400

Right to Inspect and Copy PHI.

You have the right to inspect and obtain a copy of your PHI (in hardcopy or electronic form) that is contained in a "designated record set" – medical records and other records maintained and used in making enrollment, payment, claims adjudication, case management and other decisions about you – for as long as the Fund maintains the PHI. You may request your hardcopy or electronic information in a format that is convenient for you, and the Fund will honor that request to the extent possible. You also may request a summary of your PHI. Requests for access to your PHI must be made in writing. Requested information will be

provided within 30 days of receipt of your request. A single 30-day extension is allowed if the Fund provides you with a written statement of the reasons for the delay and the expected date by which the Fund will provide the information.

You or your personal representative will be required to complete a form to request access to the PHI in your designated record set.

You may be charged a reasonable, cost-based fee for copying the PHI, or preparing a summary of your PHI. The Fund will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred. Requests for access to PHI should be made to the following officer:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
New York, NY 10036
Phone (212) 586-6400

If access is denied, you or your personal representative will be provided with a written denial explaining the basis for the denial. Such notice will advise you that you may request in writing to have the denial reviewed by a licensed health care professional designated by the Fund to act as a reviewing official and who did not participate in the original decision to deny. Such denial will also describe how you may complain to the Fund or the Secretary of the Department of Health and Human Services pursuant to the complaint procedures described herein.

Right to Amend PHI.

You have the right to submit a written request to amend your PHI contained in a “designated record set” for as long as the Fund maintains the PHI. The Fund will act on the request within 60 days of receipt. The Fund is allowed a single 30-day extension if the Fund is unable to comply with the 60-day deadline.

The Fund, however, may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a valid reason to support the request. In addition, the Fund may deny your request if you ask the Fund to amend information that did not originate with the Fund; is not contained in the records maintained by the Fund; is not part of the information that you would legally be permitted to inspect and copy; or is accurate and complete.

If your request is denied in whole or in part, you or your personal representative will be provided with a written denial explaining the basis for the denial. You or your personal representative may then submit a written statement disagreeing with the denial and have that statement included with any future disclosures of your PHI.

Your request to amend your PHI must be made in writing to the following officer.

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
New York, NY 10036
Phone (212) 586-6400

You or your personal representative will be required to complete the Fund's model form to request amendment of your PHI.

Right to Receive an Accounting of PHI Disclosures.

The Fund will also provide you with an accounting of disclosures by the Fund of your PHI during the six (6) years prior to the date of your written request. However, such accounting need not include PHI disclosures made: (1) to carry out treatment, payment or health care operations; (2) to individuals about their own PHI; (3) prior to the compliance date; (4) based on your written authorization; (5) to friends or family in your presence or because of an emergency; (6) for national security purposes; and (7) incidental to otherwise permissible disclosures. Any request for an accounting must be submitted in writing. An accounting will be provided within 60 days of receipt of your request. Your first request for an accounting in a 12-month period will be responded to without charge. You may be charged a reasonable, cost-based fee for each additional request for an accounting within such 12-month period. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

Submission of Requests.

The Fund has 60 days to provide the accounting. The Fund is allowed an additional 30 days if the Fund gives you a written statement of the reasons for the delay and the date by which the accounting will be provided. The requests described above should be submitted in writing to the Fund Office at the address at the end of this Notice.

Right to Receive Paper Copy of This Notice Upon Request.

You have the right to receive a paper copy of this Notice, contact the following officer:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
New York, NY 10036
Phone (212) 586-6400

This right applies even if you have agreed to receive the Notice electronically.

Section 4: The Fund's Duties

Maintaining Your Privacy.

The Fund is required by law to maintain the privacy of your PHI and to provide you and your eligible dependents with notice of its legal duties and privacy practices. In addition, the Fund may not (and does not) use your genetic information that is PHI for underwriting purposes.

This Notice is effective beginning on September 23, 2013 and the Fund is required to comply with the terms of this Notice as of such date. However, the Fund reserves the right to change its privacy practices and to apply changes to any PHI received or maintained by the Fund prior to that date. If a privacy practice is changed, a revised version of this Notice will be provided to you and to all past and present participants and beneficiaries for whom the Fund still maintains PHI.

If material changes are made to this Notice, it will be posted on the Fund's website promptly by the effective date of the material change, and thereafter the Fund will send a hard copy of the revised notice in its next annual mailing. If the Fund does not post a revised notice on its website, it must provide such notice within 60 days of the effective date of the material revision to this Notice.

Material changes are changes to:

- The uses or disclosures of PHI,
- Your individual rights,
- The duties of the Fund, or
- Other privacy practices stated in this Notice.

Minimum Necessary Standard.

When using or disclosing PHI or when requesting PHI from another covered entity, the Fund will make reasonable efforts to limit the use or disclosure of PHI to the minimum amount necessary to accomplish the intended purpose of the use, disclosure or request, taking into consideration practical and technological limitations.

However, the minimum necessary standard will not apply in the following situations:

- Disclosures to or requests by a health care provider for treatment;
- Uses or disclosures made to you or pursuant to an authorization initiated by you;
- Disclosures made to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services;
- Uses or disclosures that are required by law; and
- Uses or disclosures required for the Fund's compliance with the HIPAA privacy regulations.

De-Identified Information.

This Notice does not apply to information that has been de-identified. De-identified information is information that does not identify an individual and with respect to which there is no reasonable basis to believe that the information can be used to identify an individual.

Section 5: Your Right to File a Complaint with the Fund or with HHS

Questions/Complaints.

If you believe that your privacy rights have been violated or have any questions regarding this Notice or the subjects addressed in it, you may file a complaint with or submit your questions to the following officer:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
New York, NY 10036
Phone (212) 586-6400

You may also file a complaint with the Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services. Filing instructions are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> All complaints must be submitted in writing.

The Fund will not penalize or retaliate against you for filing a complaint.

Section 6: If You Need More Information

To file a complaint with or submit questions to the Fund Office, you may contact the Fund Office as follows:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
New York, NY 10036
Phone (212) 586-6400

**Fondo de Beneficios de Salud del New York Hotel Trades Council and Hotel
Association of New York City, Inc. Health Benefits Fund
Aviso de prácticas de privacidad**

Vigente a partir del 23 de septiembre de 2013

Sección 1: Propósito de este aviso

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

Este aviso es exigido por ley.

En el proceso de proporcionarle cobertura de salud, el Fondo de Beneficios de Salud del New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City, Inc. Health Benefits Fund (el "Fondo") tendrá acceso a la información de salud sobre usted que se ha considerado protegida (denominada en el presente Aviso como "Información Médica Protegida" o "PHI") de conformidad con las normas de privacidad publicadas bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (comúnmente conocida como "HIPAA"), en su versión modificada por la Ley sobre la Tecnología de la Información Médica para la Salud Clínica y Atención Económica ("HITECH"). En consecuencia, el Fondo está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información de salud personal identificable y para informarle sobre:

- cómo utiliza y divulga su PHI el Fondo;
- sus derechos de privacidad con respecto a su PHI;
- las obligaciones del Fondo con respecto a su PHI;
- su derecho a presentar una queja con el Fondo y con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y
- la persona u oficina de contacto para recibir más información sobre las prácticas de privacidad del Fondo.

Por consiguiente, el presente Aviso se ha elaborado de conformidad con la Norma de Privacidad de la HIPAA, contenida en el Código de Regulaciones Federales, 45 C. F. R., partes 160 y 164. Los términos no definidos en este Aviso tienen el mismo significado que tienen en la Norma de Privacidad de la HIPAA, en su versión modificada por la HITECH.

El Fondo se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones con respecto a su PHI que mantiene, según lo permita o exija la ley. Si el Fondo hace un cambio sustancial a este Aviso, se le proporcionará una copia del Aviso revisado de las Prácticas de Privacidad.

Sección 2: Su Información Médica Protegida

Definición de Información Médica Protegida (PHI).

El término "Información Médica Protegida" (PHI) incluye toda la información médica, incluyendo la información demográfica obtenida de usted o creada o recibida por el Fondo, un prestador de atención médica, un centro de intercambio de información médica, un plan médico o de su empleador, a partir de la cual es posible identificarle de forma individual y que se relaciona con su (i) condición o salud física o mental pasada, presente o futura, (ii) la prestación de atención médica a usted o (iii) el pago pasado, presente o futuro para la prestación de atención médica a usted. La información identificable individualmente incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del empleado y número de Seguro Social que está vinculada a los asuntos mencionados anteriormente con respecto a su atención médica, independientemente de si dicha información se transmite oralmente, por escrito, electrónicamente o por cualquier otra forma.

Cómo el Fondo puede usar y divulgar su Información Médica Protegida.

En términos generales, el Patrocinador del Fondo ha modificado los documentos de su plan para proteger su PHI según lo exige la ley federal. Según la ley, sin embargo, el Fondo podrá divulgar su PHI sin su consentimiento en los siguientes casos:

- Si usted lo solicita, el Fondo está obligado a darle acceso a cierta PHI con el fin de inspeccionarla y copiarla.
- Si lo requiere una agencia del gobierno. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos puede requerir la divulgación de su PHI para investigar o determinar el cumplimiento por parte del Fondo de las regulaciones de privacidad.

Además, según la ley, el Fondo podrá también usar o divulgar su PHI sin su permiso bajo ciertas circunstancias determinadas. Las siguientes categorías (así como aquellas descritas en "*Otros usos y divulgaciones permitidos de su PHI para los que no se requiere consentimiento, autorización ni oportunidad de objetar*") describen las diferentes maneras en que el Fondo puede usar o divulgar su PHI sin su consentimiento. Para cada categoría de usos o divulgaciones, este Aviso explicará el alcance de la divulgación no autorizada y proporcionará algunos ejemplos. Tenga en cuenta que no se indicarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las maneras en las que el Fondo estará autorizado a usar o divulgar la PHI caerán en una de estas categorías.

Para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Tratamiento. Aunque el Fondo no brinda tratamiento, puede usar o divulgar su PHI para apoyar la provisión, coordinación o administración de su tratamiento de atención médica. Para este objetivo de cumplimiento, "tratamiento" también incluye, pero no está limitado a, consultas y derivaciones entre uno o más proveedores. Por ejemplo, en el proceso de organización de los servicios de equipo médico duradero solicitados por su médico de cabecera

con un proveedor de servicios contratado, el Fondo podrá divulgar su nombre, dirección, número de teléfono y diagnóstico al coordinador de ingresos del proveedor de servicios.

Pago. El Fondo podrá usar o divulgar su PHI en relación con sus actividades de pago. El "Pago" incluye, pero no está limitado a, las acciones para hacer las determinaciones de elegibilidad y de cobertura y el pago (incluyendo la resolución de disputas por pago, la respuesta a las consultas por pago, la subrogación u obtención de reembolso, la realización de revisiones de reclamación por necesidad médica e idoneidad de atención, la revisión de la utilización y la precertificación). Por ejemplo, el Fondo podrá asesorar al consultorio de un médico sobre si usted reúne los requisitos para la cobertura y el monto del beneficio que paga el Fondo. Además, la explicación de las declaraciones de beneficios se envía por correo a la dirección que el Fondo tiene en el registro de un participante.

Operaciones de atención médica. El Fondo podrá usar o divulgar su PHI como parte de sus funciones administrativas o comerciales generales con el fin de poder funcionar como un plan médico. Estas funciones incluyen, pero no se limitan a, la evaluación y la mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de atención médica, la administración de casos, el manejo de enfermedades, las actividades relacionadas con la creación y renovación de contratos de administración de seguros y beneficios, los servicios legales, los servicios de auditoría y las actividades administrativas de carácter general, que incluyen la gestión de sistemas de datos e información. Por ejemplo, el Fondo puede usar la información de sus reclamaciones para derivarlo a la administración de casos, determinar los costos de los beneficios o auditar la exactitud de las funciones de procesamiento de las reclamaciones.

Divulgación a terceros. El Fondo podrá contratar a personas y entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en su nombre o para la prestación de determinados tipos de servicios. Para poder realizar estas funciones o prestar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, transmitirán, usarán o divulgarán su PHI, pero solo después de estar de acuerdo por escrito con el Fondo en aplicar las garantías apropiadas con respecto a su PHI. Por ejemplo, el Fondo podrá contratar a un proveedor de servicios para que realice las funciones administrativas necesarias para pagar sus reclamaciones médicas.

Recordatorios. El Fondo podrá usar su PHI para proporcionarle recordatorios. Por ejemplo, el Fondo podrá usar la fecha de nacimiento de su hijo para recordarle que puede comprar la cobertura de continuación COBRA para su hijo que, de otra manera, perdería su cobertura con el Fondo debido a la edad o para recordarle que debe concertar una cita con su médico.

Alternativas de tratamiento. El Fondo podrá usar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento.

Beneficios y servicios relacionados con la salud. El Fondo podrá usar o divulgar su PHI para informarle sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Divulgación al Patrocinador del Plan. El Fondo puede divulgar su PHI a su Junta de Directores ("Junta" o "Directores"), que sirve como Patrocinador del Plan para el Fondo (o su

comité designado) para fines relacionados con el pago del Fondo y las operaciones de atención médica, incluyendo aquellas en relación con apelaciones que usted presenta a raíz de una denegación de una reclamación de beneficios. Además, la Oficina del Fondo puede recibir su PHI si usted solicita ayuda para presentar o mejorar su reclamación de beneficios en el marco del Fondo. Los Directores también pueden recibir su PHI si es necesario para que ellos cumplan con sus obligaciones fiduciarias con respecto al Fondo. Al revelar la PHI a la Junta, el Fondo hará un esfuerzo razonable para no revelar más de la cantidad mínima necesaria de la PHI para lograr el propósito particular de la divulgación. A menos que usted lo autorice por escrito, su PHI: (1) no puede ser divulgada por el Fondo de otra manera que no sea la permitida en este Aviso o como lo requiera la ley, ni (2) se utilizará en relación con las acciones o decisiones relacionadas con el empleo, ni (3) en relación con cualquier otro plan de beneficios patrocinado o mantenido por la Junta.

Además, el Fondo podrá divulgar el "resumen de la PHI" a la Junta para obtener ofertas de primas o para modificar, enmendar o terminar el Fondo. El resumen de la PHI incluye el historial de reclamaciones, los gastos por reclamaciones o el tipo de reclamaciones que experimentan los individuos para quienes un patrocinador del plan (como la Junta de Directores) ha proporcionado beneficios de salud bajo un plan médico grupal. La información identificatoria se eliminará del resumen de la PHI, de conformidad con las normas federales de privacidad.

Cuándo la divulgación de su PHI requiere su autorización escrita.

Generalmente, el Fondo debe obtener su autorización por escrito antes de (cada una de estas situaciones incluye excepciones definidas bajo las cuales el Fondo puede usar o divulgar su PHI para estos fines sin su autorización):

- Usar o divulgar notas de psicoterapia acerca de usted realizadas por su psicoterapeuta.

Las notas de psicoterapia son notas que se presentan por separado acerca de sus conversaciones con un profesional de la salud mental durante una sesión de asesoramiento. No incluyen información resumida sobre su tratamiento de salud mental. No es probable que el Fondo conserve ni tenga acceso a este tipo de notas.

- Usar o divulgar su PHI para fines de comercialización (una comunicación que lo alienta a comprar o usar un producto o servicio) si el Fondo recibe una remuneración financiera (pago) directa o indirecta de parte de la entidad cuyo producto o servicio se comercializa.
- Recibir una remuneración (pago u otro beneficio) directa o indirecta a cambio de la recepción de su PHI.
- Usar y divulgar su PHI para cualquier uso o divulgación no descritos en este Aviso. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, salvo que el Fondo haya tomado medidas en relación con su autorización.

Otros usos y divulgaciones para las cuales no se requiere consentimiento, autorización ni oportunidad de objetar.

Además de lo anterior, las categorías siguientes describen otras maneras posibles en que el Fondo puede usar y divulgar su PHI sin su consentimiento, autorización ni solicitud específicos. Para cada categoría de usos o divulgaciones, este Aviso explicará el alcance de la divulgación no autorizada y proporcionará algunos ejemplos. Tenga en cuenta que no se indicarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las maneras en las que el Fondo estará autorizado a usar o divulgar la PHI caerán en una de estas categorías.

- (1) Cuando lo exija la ley.
- (2) Cuando esté permitido a los efectos de actividades de salud pública. Esto incluye informar sobre defectos de productos, permitir la devolución de productos y realizar una vigilancia posterior a la comercialización. La PHI también se puede usar o divulgar si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o está en riesgo de propagar una enfermedad o afección, si esto está autorizado por la ley.
- (3) Cuando la ley autorice reportar información sobre abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades públicas si existe una sospecha razonable de que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En tal caso, el Fondo le informará de inmediato que dicha divulgación se ha hecho o se hará a menos que el aviso cause un riesgo de daño grave. Con el objetivo de denunciar el abuso infantil o la negligencia, no es necesario informar al menor que se ha hecho o se hará tal divulgación. En general, se puede hacer la divulgación a los padres del menor u otros representantes, aunque puede haber circunstancias cubiertas por la ley en las que los padres u otros representantes no podrán tener acceso a la PHI del menor.
- (4) El Fondo puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud pública para realizar actividades de supervisión autorizadas por la ley. Esto incluye el uso o la divulgación en investigaciones y auditorías civiles, administrativas o criminales; inspecciones; acciones disciplinarias o de licencia (por ejemplo, para investigar denuncias contra los proveedores); y otras actividades necesarias para la supervisión apropiada de los programas de beneficios del gobierno (por ejemplo, para investigar un fraude contra Medicare o Medicaid); o para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.
- (5) El Fondo podrá divulgar su PHI cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos. Por ejemplo, su PHI se puede divulgar en respuesta a una solicitud de citación o descubrimiento u otro proceso legal de parte de alguien involucrado en tal conflicto legal, siempre que se cumplan determinadas condiciones. Una de esas condiciones es que se deben entregar garantías satisfactorias al Fondo que indiquen que la parte solicitante ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso por escrito y que el aviso proporcionó información suficiente sobre el procedimiento para permitirle presentar una objeción y no se plantearon ni resolvieron objeciones a favor de la divulgación por parte del órgano jurisdiccional.

- (6) Cuando sea necesario por motivos de salud relacionados con la aplicación de la ley, incluidos los informes de ciertos tipos de heridas. También cuando sea necesario por motivos de emergencia relacionados con la aplicación de la ley si el oficial encargado del cumplimiento de la ley entiende que la información no está destinada a usarse en contra de la persona, la actividad inmediata relacionada con la aplicación de la ley estaría sustancial y adversamente afectada por la espera de obtener el consentimiento de la persona y el Fondo, en su mejor criterio, determina que la divulgación es por el bien de la persona. Los motivos de emergencia relacionados con la aplicación de la ley incluyen identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo presencial o persona desaparecida y divulgar información sobre una persona que es o se sospecha que ha sido víctima de un crimen, pero solo si la persona está de acuerdo con la divulgación o la entidad cubierta no puede obtener el consentimiento de la persona debido a circunstancias de emergencia.
- (7) Cuando se le exija facilitarla a un médico forense o examinador médico con el objetivo de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o por otras funciones autorizadas por la ley. Además, se permite la divulgación a directores de funerarias, en consonancia con la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo sus funciones en relación con el difunto.
- (8) El Fondo puede usar o divulgar la PHI para la investigación, sujeta a ciertas condiciones y limitaciones.
- (9) Cuando sea consistente con la ley y las normas de conducta ética aplicables si el Fondo, de buena fe, considera que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o el público y la divulgación es a una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.
- (10) Cuando lo autorice la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley y hasta el punto necesario para cumplir con ellos.
- (11) El Fondo está autorizado a divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o de privacidad que ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su PHI o si la investigación involucra un conjunto limitado de datos que no incluye identificadores únicos (información como el nombre, la dirección, el número de seguro social, etc., que le pueda identificar a usted).
- (12) Cuando se apliquen las condiciones adecuadas, el Fondo puede usar o divulgar la PHI de las personas que sean miembros de las Fuerzas Armadas: (1) para realizar actividades consideradas necesarias por las autoridades militares competentes; o (2) a una autoridad militar extranjera si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. El Fondo también podrá divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados que realicen actividades de seguridad e inteligencia nacionales.

- (13) Si usted es recluso de una institución correccional o si está bajo la custodia de un funcionario encargado de la aplicación de la ley, el Fondo puede divulgar su PHI a la institución o al funcionario si la PHI es necesaria para que la institución le brinde atención médica, proteja su salud y su seguridad, o la de los demás, o para la seguridad de la institución correccional.
- (14) Si usted es donante de órganos, el Fondo podrá divulgar su PHI después de su muerte a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Cualquier otro uso y divulgación del Fondo no descrito en la Sección 2 de este Aviso se realizará exclusivamente si usted le proporciona al Fondo la autorización por escrito, sujeta a su derecho de revocar su autorización. Si nos proporciona una autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines distintos de los establecidos en el presente Aviso, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, el Fondo dejará de usar o divulgar su PHI por las razones cubiertas en su autorización escrita. No obstante, el Fondo no puede recuperar ninguna divulgación que ya haya realizado con su autorización y el Fondo está obligado a conservar los registros de la atención que el Fondo le proporcionó.

Divulgaciones a otras personas involucradas en su atención médica.

La divulgación de su PHI a familiares, otros parientes y a sus amigos íntimos sin su consentimiento ni autorización por escrito está permitida si la información está directamente relacionada con la participación de la familia o de un amigo en su atención o el pago de esa atención y usted ha aceptado la divulgación o se le ha dado una oportunidad de objetar y no lo ha hecho.

Si usted no está presente, o si no se puede prácticamente proporcionar la oportunidad de aceptar u oponerse al uso o la divulgación debido a su incapacidad o a una circunstancia de emergencia, el Fondo podrá, no obstante, hacer una divulgación de su PHI a los familiares, otros parientes y a sus amigos íntimos si el Fondo concluye, con base en el juicio profesional y su experiencia con la práctica común, que la divulgación es para su beneficio.

Puede asegurarse de que el Fondo no hará ninguna divulgación bajo esta sección a sus familiares, otros parientes y amigos íntimos presentando una restricción por escrito ante el Fondo, tal como se describe a continuación.

Sección 3: Sus derechos de privacidad individual

Notificación de incumplimiento.

Si se produce un incumplimiento de su PHI no garantizada, el Fondo se lo notificará.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita.

Otros usos y divulgaciones de su PHI que no han sido descriptos anteriormente se harán únicamente con su autorización por escrito, sujetos a su derecho de revocar dicha autorización. Su autorización debe ser por escrito y debe contener ciertos elementos para considerarse una autorización válida. Puede llamar o escribir a la Oficina del Fondo para solicitar que le envíen un formulario de autorización.

Representantes personales.

Podrá ejercer sus derechos a través de un representante personal. Una persona que pretenda actuar como su representante personal deberá presentar pruebas de autoridad para actuar en su nombre antes de obtener acceso a su PHI o de poder tomar decisiones por usted. La prueba de dicha autoridad podrá ser una de las siguientes:

- un poder para fines de atención médica, certificado por un notario público;
- una orden judicial de nombramiento de la persona como curador o tutor;
- un formulario de Designación de representante personal completado y firmado por usted; o
- una persona que es el padre o la madre de un niño menor de edad.

A pesar de lo mencionado anteriormente, el Fondo se reserva el derecho a denegar el acceso a su PHI a un representante personal en ciertas situaciones de abuso, negligencia o imprudencia en las que el Fondo concluye que denegar el acceso es para su beneficio. Esto también se aplica a los representantes personales de los menores de edad.

Derechos de las personas.

Derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de la PHI.

Usted puede solicitar, por escrito, que el Fondo restrinja los usos y divulgaciones de su PHI para realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica o para restringir los usos y divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas que usted determine que estén involucradas en su atención o el pago de esta. No obstante, el Fondo no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Si el fondo está de acuerdo con la solicitud, el Fondo no usará ni divulgará su PHI en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proveer tratamiento de emergencia o si el Fondo finaliza la restricción con o sin su consentimiento. Su solicitud debe incluir la PHI que desea limitar, ya sea que desee limitar el uso del Fondo, la divulgación o ambos, y (si corresponde), a quién desea que se apliquen las limitaciones (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Usted tiene el derecho de solicitar que el Fondo no divulgue la PHI a un plan médico para "operaciones de pago o atención médica", según lo define la HIPAA, si la persona ya le ha pagado al proveedor por la totalidad de los servicios de atención médica.

El Fondo tendrá en cuenta las solicitudes escritas razonables para las comunicaciones de la PHI por medios alternativos o en lugares alternativos (por ejemplo, enviar su Explicación de Beneficios a su oficina, en lugar de a su casa). Usted o su representante personal deberán

completar el formulario modelo del Fondo para solicitar restricciones en los usos y las divulgaciones de su PHI.

Realice estas solicitudes a:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
Nueva York, NY 10036
Teléfono (212) 586-6400

Derecho a inspeccionar y copiar la PHI.

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI (en papel o en formato electrónico) que se encuentra en un "juego de archivos designado" (registros médicos y otros registros conservados y usados al tomar decisiones relacionadas con la inscripción, el pago, la adjudicación de reclamaciones, la administración de casos y otras decisiones acerca de usted) durante el tiempo que el Fondo conserve la PHI. Puede solicitar su información en papel o en formato electrónico en un formato que sea conveniente para usted y el Fondo honrará esa petición en la medida de lo posible. También puede solicitar un resumen de su PHI. Las solicitudes de acceso a su PHI se deben hacer por escrito. La información solicitada se proporcionará dentro de los 30 días siguientes a la recepción de su solicitud. Se permite una extensión única de 30 días si el Fondo le proporciona una declaración escrita de las razones del retraso y la fecha prevista en la que el Fondo proporcionará la información.

Usted o su representante personal deberán llenar un formulario para solicitar el acceso a la PHI en su juego de archivos designado.

Se le puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por la copia de la PHI o la preparación de un resumen de su PHI. El Fondo le notificará el costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gastos. Las solicitudes de acceso a la PHI se deben realizar al siguiente funcionario:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
Nueva York, NY 10036
Teléfono (212) 586-6400

Si se deniega el acceso, a usted o a su representante personal se les proporcionará una denegación por escrito que explique el motivo de la denegación. Dicha notificación le informará que usted puede solicitar por escrito que un profesional de atención médica designado por el Fondo, y que no haya participado en la decisión original de denegación, revise la denegación y actúe como funcionario de revisión. Dicha denegación también describirá cómo puede presentar una queja ante el Fondo o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con los procedimientos de quejas aquí mencionados.

Derecho a modificar la PHI.

Usted tiene el derecho de presentar una solicitud por escrito para modificar su PHI contenida en un "juego de archivos designado" durante el tiempo que el Fondo conserve la PHI. El Fondo actuará sobre la solicitud dentro de los 60 días siguientes a la recepción. Al Fondo se le permite una extensión única de 30 días si no puede cumplir con el plazo de 60 días.

No obstante, el Fondo puede denegar su solicitud para una modificación si no está por escrito o no incluye una razón válida para respaldar la solicitud. Además, el Fondo podrá denegar su solicitud si usted le pide que modifique información que no se originó con el Fondo, que no está contenida en los registros que conserva el Fondo, que no forma parte de la información que usted tiene permitido inspeccionar y copiar legalmente o que sea precisa y esté completa.

Si se deniega su solicitud, en su totalidad o en parte, a usted o a su representante personal se les proporcionará una denegación por escrito que explique el motivo de la denegación. Usted o su representante personal podrán entonces presentar una declaración escrita manifestando su disconformidad con la denegación y podrán hacer que esa declaración se incluya en todas las divulgaciones futuras de su PHI.

La solicitud para modificar su PHI se debe hacer por escrito al siguiente funcionario.

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
Nueva York, NY 10036
Teléfono (212) 586-6400

Usted o su representante personal deberán completar el formulario modelo del Fondo para solicitar la modificación de su PHI.

Derecho a recibir un informe sobre las divulgaciones de la PHI.

El Fondo también le proporcionará un informe de divulgaciones de su PHI realizadas por el Fondo durante los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud por escrito. Sin embargo, tal informe no deberá incluir las divulgaciones de la PHI hechas: (1) para realizar un tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a las personas acerca de su propia PHI; (3) antes de la fecha de cumplimiento; (4) sobre la base de su autorización por escrito; (5) a los amigos o familiares en su presencia o por una emergencia; (6) con fines de seguridad nacional; y (7) de manera adicional a las divulgaciones de otro modo admisibles. Cualquier solicitud de informe se debe presentar por escrito. El informe se proporcionará dentro de los 60 días siguientes a la recepción de su solicitud. Su primera solicitud de informe en un período de 12 meses se responderá sin cargos. Se le puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por cada solicitud adicional de informe dentro del plazo de 12 meses. Le notificaremos el costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gastos.

Presentación de solicitudes.

El Fondo tiene 60 días para presentar el informe. El Fondo se puede tomar un período adicional de 30 días si le da una declaración por escrito de las razones de la demora y la fecha en que se proporcionará el informe. Las solicitudes descritas anteriormente se deberán presentar por escrito a la Oficina del Fondo en la dirección que aparece al final de este Aviso.

Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso bajo petición.

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Comuníquese con el siguiente funcionario:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
Nueva York, NY 10036
Teléfono (212) 586-6400

Este derecho se aplica incluso si usted ha aceptado recibir el Aviso por vía electrónica.

Sección 4: Las obligaciones del Fondo

Mantener su privacidad.

El Fondo está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle a usted y a sus dependientes elegibles un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Además, el Fondo no puede usar (y, de hecho, no lo hace) su información genética que es parte de la PHI para fines de suscripción.

Este Aviso entra en vigencia el 23 de septiembre de 2013 y el Fondo está obligado a cumplir con los términos de este Aviso a partir de dicha fecha. Sin embargo, el Fondo se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y de aplicar cambios a cualquier PHI recibida o conservada por el Fondo antes de esa fecha. Si se cambia una práctica de privacidad, se le proporcionará una versión revisada de este Aviso a usted y a todos los participantes y beneficiarios pasados y presentes de los cuales el Fondo todavía conserva la PHI.

Si se realizan cambios sustanciales a este Aviso, serán publicados en el sitio web del Fondo inmediatamente antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio y, posteriormente, el Fondo enviará una copia impresa del aviso revisado en su próximo envío anual. Si el Fondo no publica un aviso revisado en su sitio web, debe proporcionar dicho aviso dentro de los 60 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de la revisión sustancial a este Aviso.

Los cambios sustanciales son cambios en:

- los usos y las divulgaciones de la PHI;
- sus derechos individuales;
- las obligaciones del Fondo; u
- otras prácticas de privacidad establecidas en el presente Aviso.

Estándar mínimo necesario.

Al usar o divulgar la PHI o al solicitar su PHI de otra entidad cubierta, el Fondo realizará esfuerzos razonables para limitar el uso o la divulgación de su PHI a la cantidad mínima necesaria para cumplir con la finalidad del uso, la divulgación o la solicitud, teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y tecnológicas.

Sin embargo, el estándar mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:

- divulgaciones a un proveedor de atención médica para el tratamiento o solicitudes por parte de este;
- usos o divulgaciones hechas a usted o al amparo de una autorización iniciada por usted;
- divulgaciones efectuadas a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.;
- usos o divulgaciones exigidos por ley; y

- usos o divulgaciones exigidos para el cumplimiento del Fondo de las regulaciones de privacidad de la HIPAA.

Información sin identificación.

Este Aviso no se aplica a la información que no tiene identificación. La información sin identificación es aquella información que no identifica a una persona y respecto a la cual no existe una base razonable para creer que la información se pueda usar para identificar a una persona.

Sección 5: Su derecho a presentar una queja ante el Fondo o el HHS

Preguntas o quejas.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o los temas tratados en el mismo, puede presentar una queja ante el siguiente funcionario o enviarle sus preguntas:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
Nueva York, NY 10036
Teléfono (212) 586-6400

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las instrucciones para la presentación están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> All complaints must be submitted in writing.

El Fondo no lo sancionará ni tomará represalias contra usted por presentar una queja.

Sección 6: Si necesita más información

Para presentar una queja ante la Oficina del Fondo o para enviar sus preguntas, puede comunicarse con la Oficina del Fondo de la siguiente manera:

Privacy Officer
New York Hotel Trades Council and Hotel Association of New York City,
Inc. Health Benefits Fund
305 West 44th Street, 3rd Floor
Nueva York, NY 10036
Teléfono (212) 586-6400



About MyFundsPortal

Welcome to My Funds Portal, your go-to platform for accessing vital health information at your convenience. Seamlessly retrieve your offsite referrals and effortlessly book appointments with your primary care provider through our user-friendly interface. Experience the utmost convenience in managing your healthcare needs with My Funds Portal. Scan the QR code below to create your own account!



Benefits to your patient portal

