



알라미다 카운티 행동 건강  
정신 건강 및 약물 사용 서비스

## 정보 자료 매뉴얼

알라미다 카운티 행동 건강 플랜의 서비스 동의 및 권리와  
책임에 대한 안내서



## **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).



## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ.

Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

## **Tagalog (Tagalog/Filipino)**

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.



PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

## **한국어 (Korean)**

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS 에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS 에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.



## **繁體中文(Chinese)**

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言協助服務。請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

## **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ



Կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ 711):

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711). (Телетайп: 711).

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند.



لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

## **日本語 (Japanese)**

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。

ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには ACBH ACCESS、電話番号 1-800-491-9099 (TTY: 711)までご連絡ください。

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料でご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには ACBH ACCESS、電話番号 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711) までご連絡ください。

## **Hmoob (Hmong)**



LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam that khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।





ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

## हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।



## ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ

ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรง หรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

## (Cambodian)

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាបសេដប ៀត បសវជន្តយភាសាបោយតតគិតថ្លៃ គឺ អាចស្វែងរកបានសហការីអ្នក។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា លំបោកាន់អ្នកសតល់បសវាសុំលោនការ ្នលសាា លំរស់អ្នក ឬបែបើមបី បុំរើការសាកសួរអំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711)។ ចំណាំ: សាា រៈនិងបសវាកមមជន្តយ ានជាអា ិឺងកសារជាអ្នកពុមពុំនឹងឯកសារជា បង់ បសេដប ៀត អាចស្វែងរកបានសហការីអ្នកបោយតតគិតថ្លៃបៅតាមការបសនើសុំ។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា លំបោកាន់អ្នកសតល់បសវាសុំលោនការ ្នលសាា លំរស់អ្នក ឬ បែបើមបីសាកសួរអំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099



(TTY: 711).

**ພາສາລາວ (Lao)**

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ ເອກະສານຕົວພິມໃຫຍ່ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມຄຳຂໍ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).

---

# 목차

알라미다 카운티 행동 건강 플랜에 오신 것을 환영합니다.....	13
서비스에 대한 동의.....	14
선택의 자유.....	16
차별 금지 통지.....	177
기밀 유지 및 개인 정보 보호.....	188
환영받는 안전한 장소로 유지하기.....	199
수혜자 안내서 및 의료 제공자 명부.....	20
수혜자 문제 해결 정보.....	211
행동 과학 위원회를 통해 제공되는 추가 규정 준수 프로세스:.....	233
사전 지시 정보.....	244
개인 정보 보호 관행 고지.....	255
개인 정보 보호 관행 고지 요약.....	355
정보 고지 42 CFR 파트 2:.....	377
수령 확인.....	399
의료 제공자 지침:.....	40

## 알라미다 카운티 행동 건강 플랜에 오신 것을 환영합니다

환영합니다! 귀하는 본 의료 제공시설에 행동 건강 서비스를 요청하는 알라미다 카운티 행동 건강 플랜(BHP)의 가입자(수혜자)이므로, 귀하의 권리와 책임을 설명하는 이 정보 자료 패키지를 살펴보시기 바랍니다. 알라미다 카운티의 BHP에는 카운티 정신 건강 플랜(County Mental Health Plan)에서 제공하는 정신 건강 서비스와 카운티 SUD 조직 배송 시스템(County SUD Organized Delivery)에서 제공하는 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스가 모두 포함되며 한 가지나 두 가지 유형의 서비스가 귀하에게 제공되고 있습니다.

### 의료 제공시설 이름:

서비스 접수 담당자가 귀하와 함께 이 자료를 검토할 것입니다. 가정에서도 언제든지 살펴볼 수 있도록 이 패키지를 제공해 드리며, 자료에 대해 논의했고 자료를 수령했음을 확인하기 위해 이 패키지의 마지막 페이지에 서명해주시기 바랍니다. 의료 제공시설에서 원본 서명 페이지를 보관합니다. 또한 의료 서비스 제공자는 이 패키지에 있는 특정 정보의 가용성을 매년 귀하에게 통지해야 하며 맨 마지막 페이지에는 통지한 시기를 표시하기 위한 확인란이 있습니다.

본 패키지에는 다양한 정보가 있으므로 천천히 살펴보고 자유롭게 질문해 주시기 바랍니다! 귀하의 권리와 책임을 파악하고 이해하면 필요한 치료를 받는 데 도움이 됩니다.



## 서비스에 대한 동의

본 행동 건강 플랜(BHP)의 가입자로서, 패킷 마지막 페이지에 서명하면 본 의료 제공시설의 행동 건강 의료 서비스에 대해 귀하가 자발적으로 동의하게 됩니다. 귀하가 본 BHP 수혜자의 법적 대리인인 경우 귀하의 서명은 동일한 동의를 제공하는 것입니다.

또한 귀하가 서비스에 동의함으로써, 귀하가 지식을 갖추고 의미 있게 참여 결정을 내릴 수 있도록 본 의료 제공시설에서 귀하에게 치료 권장 사항을 알릴 의무가 발생합니다. 귀하는 언제든지 서비스를 중단할 권리가 있으며 그 외에도 모든 권장 사항, 행동 건강 개입 또는 치료 절차의 이용을 거부할 권리가 있습니다.

본 의료 제공시설에는 귀하가 받을 수도 있는 서비스 종류를 더 자세히 설명하는 추가적인 동의서가 있을 수 있습니다. 여기에는 검사, 평가, 개별 상담, 집단 상담, 위기 개입, 심리 치료, 사례 관리, 재활 서비스, 약물 서비스, 약물 보조 치료, 다른 행동 건강 전문가에게 의뢰, 귀하를 대신하여 이루어지는 다른 전문가와의 상담이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

전문 의료 서비스 제공자에는 의사, 공인 임상 간호사, 의사 보조사, 결혼 및 가족 치료사, 임상 사회 복지사(LCSW), 전문 임상 상담사, 심리학자, 공인 보조원 및 공인 동료 전문가가 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자가 무면허 전문가(예: 교육생 또는 공인 보조원)인 경우 의료 서비스 제공자는 이를 귀하에게 서면으로 알려야 합니다. 모든 무면허 전문 직원은 면허가 있는 전문가의 감독을 받습니다.

SUD 외래환자 치료 서비스에는 평가, 플랜 개발, 개인 및 집단 상담, 사례 관리, 약물 검사, 가족 치료, 퇴소 계획이 포함될 수 있습니다. 귀하는 개인 상담, 집단 상담, 사례 관리, 약물 검사, 가족 치료, 퇴소 계획을 거부할 권리가 있습니다. ACBH 요구 사항 외에 약물 검사(마약 법원, SSA, 집행유예 등)에 대한 추가 요구 사항이 있을 수 있습니다.

회복 거주지:

- ✓ 거주자는 회복 거주지에서 생활하기 위한 조건으로 검사를 받아야 합니다.

오피오이드 치료 프로그램(OTP)\*

- ✓ 프로그램 요구 사항에 따라 OTP는 약물 검사를 실시해야 합니다.

프로그램에서 비자발적으로 퇴소하게 되는 근거로는 다른 참가자에게 지장을 주거나 안전하지 않은 환경을 조성하는 경우가 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 이러한 상황은 종종 클라이언트가 술이나 약물에 취해 벌여집니다. 그러한 경우 상담사는 이에 대해 귀하와 상의하고 즉시 약물 검사를 받도록 권고할 수 있습니다. 약물 검사를 거부할 수는 있지만, 귀하의 거부는 다른 내담자에게 지장을 주거나 안전하지 않다고 느껴지는 행동으로 상담사와 논의해야 한다는 점을 알아야 합니다. 그러한 상황에서 귀하가 약물 검사에 동의하거나 거부하는 지와 상관없이, 프로그램에 참여하는 모든 사람에게 지장이 없고 안전한 환경이 조성되도록 행동을 변화시킬 수 없는 경우에는 여전히 퇴소될 가능성이 있습니다(기간은 논의됨). 또한 귀하에게 제공되는



프로그램 서비스를 지속적으로 거부하는 경우 치료 담당 직원이 귀하에게 더 적합한 여건을 추천할 수도 있습니다.

비자발적으로 프로그램에서 제외되었으나 해당 결정에 동의하지 않는 경우 알라미다 카운티 행동 건강 소비자 지원실에 이의를 제기할 수 있습니다.

전화: 1-800-779-0787

청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면 캘리포니아 중계 서비스(California Relay Service) 711 로 전화하시기 바랍니다.

미국 우편: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

방문: 정신 건강 협회 소비자 지원실 방문  
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

약물 검사 양성 결과에 대한 윤리적 대응으로 클라이언트와 결과를 논의하고 증거를 바탕으로 치료 계획의 변경을 고려하게 됩니다. 중독 치료 전문가 및 의료 제공시설은 법이 허용하는 범위 내에서 약물 검사 결과가 기밀로 유지되도록 적절한 조치를 취할 것입니다.





## 선택의 자유

행동 건강 플랜은 서비스를 받는 모든 사람(미성년자 및 미성년자의 법적 대리인 포함)이 다음 사항을 인지하도록 전달할 책임이 있습니다.

- A. 행동 건강 시스템에 동의하고 참여하는 것은 자발적인 선택이며 다른 지역 사회 서비스를 이용하기 위한 요구 사항이 아닙니다.
- B. 귀하가 Medi-Cal 에서 자금을 지원하는 다른 행동 건강 서비스를 이용할 권리가 있으며 의료 제공시설 및/또는 직원 변경을 요청\*할 권리가 있습니다.
- C. 행동 건강 플랜은 지역 사회의 다양한 의료 서비스 제공시설과 계약을 맺고 있으며 여기에는 신앙 기반 의료 서비스 제공시설이 포함될 수 있습니다. 연방 기금을 지원받는 신앙 기반 의료 제공시설을 관리하는 법률에는 (종교적 신념에 관계없이) 자격이 있는 모든 구성원에게 서비스를 제공해야 하고 종교 활동(예배, 종교적 가르침 또는 구성원을 개종하려는 시도)을 지원하는 데 연방 기금을 사용해서는 안 된다는 내용이 포함됩니다. 신앙 기반 의료 제공시설을 추천받았으나 시설의 종교적 성격 때문에 해당 제공시설로부터 서비스 받기를 거부하려는 경우 요청\*에 따라 다른 제공시설을 알아볼 권리가 있습니다.

\*BHP 는 구성원 및 구성원의 가족과 협력하여 모든 합당한 요청을 승인하지만 제공시설 변경 요청이 모두 이루어질 것을 보장하지는 않습니다. 그러나 종교적 성격에 이의를 제기하여 의료 제공시설을 변경하려는 요청은 허용됩니다.





## 차별 금지 통지

차별은 법에 저촉됩니다. 알라미다 카운티 행동 건강은 연방 민권법을 준수하며 인종, 종교, 민족, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성적 지향, 성별 또는 지불 능력을 이유로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.



## 기밀 유지 및 개인 정보 보호

본 치료 서비스에 참여하는 동안 귀하의 건강 정보를 기밀로 유지하고 개인 정보를 보호하는 것은 중요한 개인 권리입니다. 본 패킷에는 알라미다 카운티 행동 건강 의료 서비스가 귀하의 치료 기록 및 개인 정보를 어떻게 기밀로 유지, 사용 및 공개하는지에 대한 사항과 귀하가 이 정보에 액세스할 수 있는 방법을 설명하는 "개인 정보 보호 관행 고지" 사본이 포함되어 있습니다. 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 받고 있는 경우 본 패킷에는 "정보 고지 42 CFR 파트 2 - 약물 및 알코올 중독 환자 정보 공개" 사본도 포함됩니다. 서비스 제공시설은 기밀 유지 및 개인 정보 보호에 대한 권리 관련 정보를 귀하에게 제공해야 합니다.

일반적으로 의료 제공시설은 귀하가 SUD 서비스를 받는 수혜자인지 직간접적으로 식별할 수 있는 정보를 공개할 수 없지만, 귀하의 안전 또는 다른 사람의 안전과 관련된 특정 상황에서는 법에 따라 행동 건강 의료 서비스 시스템 외부인들과 귀하의 사례를 논의해야 합니다.

여기에는 다음과 같은 상황이 포함됩니다.

1. 귀하가 다른 사람(들)에게 해를 입히겠다고 위협하는 경우 해당하는 사람(들) 및/또는 경찰에 알려야 합니다.
2. 경우에 따라 귀하가 자신의 건강과 안전에 심각한 위협을 가하는 상황.
3. 아동 학대가 의심되는 모든 사례는 해당 주 또는 지방 당국에 보고되어야 합니다.
4. 노인/성인 피부양자에 대한 학대가 의심되는 모든 사례는 해당 주 또는 지방 당국에 보고되어야 합니다.
5. 법원에서 귀하의 기록을 공개하도록 명령하는 경우 공개해야 합니다.
6. 구내에서 발생하거나 약물 사용 치료 제공시설의 직원에게 환자가 저지른 범죄 행위에 대한 보고서는 기밀로 보호되지 않습니다.

이러한 기밀 유지 한계에 관해 문의 사항이 있다면 해당 자료를 설명하는 담당자에게 문의하시기 바랍니다. 상기 내용 및 기타 기밀 유지 한계와 관련된 자세한 사항은 본 패킷의 "개인 정보 보호 관행 고지" 및 "정보 고지 42 CFR 파트 2 - 약물 및 알코올 중독 환자 정보 공개" 섹션에 있습니다.



## 환영받는 안전한 장소로 유지하기

치료에서 모든 구성원이 있는 모습 그대로 환영받고 있음을 느끼는 것은 매우 중요합니다. 시설의 가장 중요한 임무는 자신이 알맞은 장소에 있으며 시설에서 자신을 잘 알고 있다고 느낄 수 있게 하고, 행복하고 생산적인 삶을 살도록 도와주는 것입니다. 환영받지 못하고 있거나, 안전하지 않거나, 무례하다고 느껴지는 사항이 있으면 알려주시기 바랍니다.

시설의 서비스 환경이 안전하고 따스한 장소라는 점도 매우 중요합니다. 서비스 환경에서 안전하지 않다고 느껴지는 일이 발생한다면 이를 해결할 수 있도록 알려주시기 바랍니다.

안전을 보장하는 데 도움이 되는 한 가지 방법은 모든 사람(의료 제공자 및 구성원)이 안전하고 존중하는 행동을 하도록 정해진 규칙을 지키는 것입니다. 규칙은 다음과 같습니다.

- ✓ 자신과 타인에게 안전한 방식으로 행동합니다.
- ✓ 다른 사람에게 예의 바르게 말합니다.
- ✓ 다른 사람과 이 서비스 시설의 재산을 소중히 다룹니다.
- ✓ 어떤 종류의 무기도 사용하지 않습니다.
- ✓ 다른 사람들의 사생활을 존중합니다.
- ✓ 구내에서 알코올, 마약, 니코틴/담배 제품, 전자 담배의 판매, 사용, 유통은 금지됩니다.

모두를 환영하는 장소가 될 수 있도록, 고의로 안전을 위협하는 사람은 시설을 떠나도록 요청받을 수 있으며 서비스가 일시적 또는 완전히 중단될 수 있고 필요한 경우에는 법적 조치가 취해질 수 있습니다. 따라서 이러한 규칙을 준수하는 데 문제가 있다고 생각되면 담당 의료 제공자에게 알려주시기 바랍니다. 귀하와 주변 사람들이 안전하고 환영받는다고 느낄 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

이러한 규칙을 준수하기 위해 협력하는 모든 분들께 감사드립니다.



## 수혜자 안내서 및 의료 제공자 명부

행동 건강 플랜(BHP) 수혜자 핸드북, Medi-Cal 정신 건강 서비스 안내서 또는 약물 Medi-Cal 서비스 안내서는 서비스 시작 시 제공됩니다. 가이드에는 수혜자가 서비스를 받을 수 있는 방법, 이용 가능한 서비스, 서비스 이용 방법, 의료 서비스 제공자 소개, 권리 관련 상세 정보, 고충, 진정 및 주 공정 청문회 절차에 대한 정보가 있습니다. 안내서에는 행동 건강 플랜과 관련된 중요 전화번호가 나와 있습니다.

의료 제공자 명부는 지역사회에서 카운티 행동 건강 의료 서비스 제공자 및 카운티와 계약을 맺은 행동 건강 의료 서비스 제공자의 목록으로 매월 업데이트됩니다. 외래 환자 비용급 정신 건강 서비스 추천 또는 의료 제공자 명부에 대한 자세한 내용을 알고 싶으시면 전화 1-800-491-9099 번으로 ACCESS 프로그램에 연락하시기 바랍니다. 정신 건강 서비스 제공시설에 현재 공석이 있는지 담당자가 안내해 드릴 것입니다.

약물 사용 치료 서비스 추천 또는 의료 제공자 명부에 대한 자세한 내용을 알고 싶으시면 약물 사용 치료 및 추천 헬프라인 전화 1-844-682-7215 로 연락하시기 바랍니다. 약물 사용 치료 제공시설에 현재 공석이 있는지 담당자가 안내해 드릴 것입니다. 청각 또는 언어적 도움이 필요한 경우 캘리포니아 중계 서비스 711 번으로 전화하여 고객 서비스 라인에 연결하는 데 필요한 도움을 받으시기 바랍니다.

수혜자 안내서는 여기에서 전자 문서로 볼 수 있습니다.

<http://www.ACBH.org/beneficiary-handbook/> 다음 언어로 제공됩니다. 영어, 스페인어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 타갈로그어, 베트남어.

의료 제공자 명부는 매월 업데이트되며 여기에서 전자 문서로 볼 수 있습니다.

[http://www.ACBH.org/provider\\_directory/](http://www.ACBH.org/provider_directory/) 다음 언어로 제공됩니다. 영어, 스페인어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 타갈로그어, 아랍어, 베트남어.

**안내서 및 의료 서비스 제공자 명부와 관련된 언어 지원은 ACCESS Line 1 (800) 491-9099 에 전화하여 이용할 수 있습니다.**



## 수혜자 문제 해결 정보

### 고충 또는 진정 접수처 결정

불만족스러운 서비스 - 고충의 내용은 무엇이든 해당될 수 있습니다.

예:

- 원하는 종류의 서비스를 받지 못하고 있는 경우.
- 품질이 좋지 않은 서비스를 받고 있는 경우.
- 부당한 대우를 받고 있는 경우.
- 약속이 원하는 시간에 좀처럼 예약되지 않는 경우.
- 시설이 불결하거나 안전하지 않은 경우.

### 고충 제기처

알라미다 카운티 ACBH를 통한 방법:

전화: 1-800-779-0787 ACBH 소비자 지원실

청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면 캘리포니아 중계 서비스(California Relay Service) 711 로 전화하시기 바랍니다.

미국 우편: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

방문: 정신 건강 협회 소비자 지원실 방문  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

**의료 제공자를 통한 방법**: 담당 의료 제공자가 귀하의 고충을 내부적으로 해결하거나 ACBH 로 안내합니다. 의료 제공자로부터 서식과 도움을 받을 수 있습니다.

### 불리한 혜택 결정 - 이의 제기 가능.

혜택과 관련된 BHP의 조치를 알리는 "불리한 혜택 결정 통지"(NOABD)를 수령하게 될 수도 있습니다. 예:

- 요청한 서비스가 거부되거나 제한되는 경우.
- 이전에 승인되어 현재 받고 있는 서비스가 축소, 중단 또는 종료된 경우.
- 귀하가 받은 서비스에 대한 지불을 BHP에서 거부한 경우.
- 서비스가 신속하게 제공되지 않는 경우.
- 요청한 기간 내에 고충 또는 진정이 해결되지 않는 경우.
- 재정적 책임에 대한 분쟁 요청이 거부된 경우.
- 비자발적으로 프로그램에서 제외된 경우.



진정 접수처(Medi-Cal 서비스를 받는 Medi-Cal 수혜자에게만 적용)

**알라미다 카운티 ACBH 를 통한 방법:**

전화: 1-800-779-0787 소비자 지원실

청각 또는 언어적 도움이 필요하다면 711 번,  
캘리포니아 릴레이 서비스로 전화하시기 바랍니다

미국 우편: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

방문: 정신 건강 협회 소비자 지원실 방문  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

BHP 의 진정 절차를 완료했지만 문제가 만족스럽게 해결되지 않은 경우, 캘리포니아 사회복지부가 실시하는 독립적 조사인 **주 공정 청문회**를 요청할 권리가 있습니다. 주 공정 청문회 요청서는 각 진정 해결 통지서(NAR)에 포함되어 있습니다. 소인 날짜 또는 BHP 가 개별적으로 NAR 을 제공한 날로부터 120 일 이내에 요청서를 제출해야 합니다. NOABD 수령 여부와 관계없이 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 청문회를 기다리는 동안 같은 서비스를 계속 이용하려면 NAR 을 우편으로 수령하거나 개별 수령한 날로부터 10 일 이내 또는 서비스 변경 발효일 중 더 늦은 날짜 이전에 청문회를 요청해야 합니다. 주 정부는 표준 청문회 요청일로부터 역일 90 일 이내에 결정을 내려야 하며 신속 청문회의 경우 요청일로부터 3 일 이내에 결정을 내려야 합니다. BHP 는 BHP 의 ABD 를 반복하도록 통지를 받은 날로부터 72 시간 이내에 즉시 분쟁 중인 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다. 주 공정 청문회 요청은 전화 1(800) 952-5253 번 또는 TTY 1 (800) 952-8349 번, 온라인 <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> 에서 요청할 수 있습니다. 다음 주소로 서면 요청할 수도 있습니다.

California Department of Social Services/State Hearings Division  
P.O. Box 944243  
Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

**환자의 권리**

비자발적 5150 강제 입원, 5250 강제 입원, 후견인 제도와 관련된 문제는 고충 처리 또는 진정 절차가 아니라 환자의 권리와 같은 기존 법적 구제책을 통해 처리됩니다. 환자 권리 옹호관에게 연락하시기 바랍니다. 1 (800) 734-2504 또는 (510) 835-2505.

**예:**

- 강제 입원을 당했으나 시설에 감금될 타당한 이유가 없다고 생각하는 경우.
- 귀하의 의사에 반하여 입원했으나 입원한 이유와 무엇을 선택할 수 있었는지 이해할 수 없는 경우.



## 환자 권리 문제 등록처

- (800) 734-2504로 환자 권리 옹호관에게 연락하시기 바랍니다. 근무 시간 이후에는 자동 응답하는 24시간 전화번호입니다. 수신자 부담 전화가 허용됩니다.

수혜자 문제 해결 절차에 대한 자세한 정보는 의료 제공자에게 본 패킷의 2~3 페이지에 설명된 [Medi-Cal 정신 건강 서비스 안내서](#) 또는 [약물 Medi-Cal 서비스 안내서](#) 사본을 요청하시기 바랍니다. 양식 작성에 대해 궁금한 점이 있거나 도움이 필요한 경우 의료 제공자에게 문의하거나 다음 번호로 전화하시기 바랍니다. 1(800) 779-0787. 소비자 지원실.

행동 과학 위원회를 통해 제공되는 추가 규정 준수 프로세스:

### 클라이언트에 대한 고지

2020년 7월 1일부터 행동 과학 위원회는 (결혼 및 가족 치료사, 자격증을 소지한 교육 심리학자, 임상 사회 복지사 또는 전문 임상 상담사)의 실무 범위 내에서 제공되는 서비스와 관련된 불만 사항을 접수하고 응대합니다. 온라인 <https://www.bbs.ca.gov/consumers/> 또는 전화 (916) 574-7830 번으로 위원회에 연락할 수 있습니다.

자세한 내용은 [https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab\\_630.pdf](https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf) 를 참조하시기 바랍니다.

알라미다 카운티 행동 건강(카운티 클리닉 및 계약업체)은 무면허 또는 미등록 상담사가 수행하는 정신 요법에 대한 불만 사항을 지속적으로 접수하고 응대하고 있습니다. 불만을 제기하려면 전화 (800) 779-0787 또는 다음 주소를 통해 소비자 지원실에 문의하시기 바랍니다.

ACBH 소비자 지원실(ACBH Consumer Assistance Office)  
2000 Embarcadero Cove  
Suite 400 Oakland, CA 94606



## 사전 지시 정보

"치료에 대한 결정을 내릴 권리"  
(만 18 세 이상인 경우에만 적용)

의료 제공자: "치료에 대한 결정을 내릴 권리"는

[http://www.ACBH.org/providers/QA/docs/qa\\_manual/10-](http://www.ACBH.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf)

[7\\_ADVANCE\\_DIRECTIVE\\_BOOKLET.pdf](http://www.ACBH.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf)에서 다양한 언어로 제공됩니다.

귀하가 18세 이상인 경우, 행동 건강 플랜은 연방법 및 주법에 따라 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 수 있는 귀하의 권리와 향후 귀하가 스스로의 의사를 표현할 수 없을 경우의 의료 서비스를 지금 계획할 수 있는 방법을 알려야 합니다. 지금 계획을 세우면 귀하가 원하는 사항과 선호하는 사항을 알아야 할 사람들에게 전달하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이러한 과정을 사전 지시서 작성 과정이라고 합니다.

귀하의 요청에 따라 "치료에 관한 결정을 내릴 권리"라 부르는 사전 지시 정보가 제공됩니다. 이 정보는 사전 지시서 작성의 중요성, 작성하기로 결정한 경우 고려해야 할 사항, 관련되는 주법을 설명합니다. 사전 지시서를 작성해야 할 의무가 있는 것은 아니지만 작성 관련 문제를 확인하고 해결하는 것이 좋습니다. 알라미다 카운티 ACBH 의료 제공시설과 직원이 작성 과정에서 귀하를 도울 수는 있지만 사전 지시서를 대신 작성할 수는 없습니다. 치료에 대한 귀하의 통제력을 어떻게 높일 수 있을지 이해하는 데 이 정보가 유용하기를 바랍니다. 사전 지시서를 작성하지 않아도 알라미다 카운티 ACBH 의료 제공시설의 치료는 그대로 제공됩니다. 사전 지시서 요청 사항에 대한 불만 사항이 있는 경우 전화 1-800-779-0787로 소비자 지원실에 문의하시기 바랍니다.





## 개인 정보 보호 관행 고지

이 고지는 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개하는 방식, 귀하가 이 정보를 확인할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토하시기 바랍니다.

이 고지에 대해 궁금한 점이 있는 경우 의료 서비스 제공시설이나 해당되는 알라미다 카운티 의료 서비스 기관 담당 부서에 문의하시기 바랍니다.

- 행정 및 빈곤층 건강 담당 부서 (510) 618-3452
- 행동 건강 의료 서비스 소비자 지원실 (800) 779-0787
- 공중보건부 소장실 (510) 267-8000
- 환경 보건부 (510) 567-6700

### 고지의 목적

이 고지는 알라미다 카운티 의료 서비스 기관(ACHCSA), ACHCSA 의 부서 및 프로그램, 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 데 관여하는 개인의 개인 정보 보호 관행을 설명합니다. 이러한 개인들은 의료 전문가 및 기타 개인으로, 귀하에게 서비스를 제공하거나 주법 및 연방법 준수의 일환으로 건강 정보에 접근할 수 있도록 알라미다 카운티에서 권한을 부여합니다.

의료 전문가 및 기타 개인으로는 다음이 포함됩니다.

- 신체 의료 서비스 전문가(예: 의사, 간호사, 테크니션, 의대생)
- 행동 건강 의료 서비스 전문가(예: 정신과 의사, 심리학자, 자격증을 소지한 임상 사회 복지사, 결혼 및 가족 치료사, 전문 임상 상담사, 정신과 테크니션, 공인 간호사, 인턴)
- ACHCSA 고용인, 직원, 의료 서비스를 제공하는 서비스나 직능을 수행하는 기타 직원을 포함하여 해당 기관에서 귀하를 돌보는 일에 관여하거나 해당 기관과 협력하여 클라이언트를 돌보는 업무를 하는 기타 개인.

이러한 개인은 치료, 지불 또는 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 건강 정보를 서로, 또는 다른 의료 서비스 제공자에게 공유할 수 있으며, 이 고지에 설명된 기타 이유로 다른 사람에게 공유할 수 있습니다.

### 의료 제공시설의 책임

의료 제공시설은 법에 따라 귀하의 건강에 대한 개인 정보 보호 및 보안을 유지해야 하며 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행에 대한 이 고지를 제공할 법적 의무가 있습니다. 또한 현재 유효한 이 고지의 조건을 준수할 책임이 있습니다.

이 고지에 따라 다음이 수행됩니다.

- 사전 서면 동의 없이 발생할 수 있는 개인 정보 사용 및 공개 유형을 확인합니다.
- 개인 정보 사용 또는 공개에 동의하거나 동의하지 않을 기회가 생길 수 있는 상황을 확인합니다.



- 개인 정보 보호 또는 보안이 침해될 수 있는 위반이 발생하는 경우 즉시 알립니다.
- 이 고지에서 설명한 의무 및 개인 정보 보호 관행을 준수하고 해당 사본을 제공합니다.
- 귀하가 서면으로 동의하지 않는 한 여기에 설명된 경우 외에는 개인 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 개인 정보 공유나 공개에 동의한 이후라도 언제든지 동의를 취소할 수 있습니다. 동의를 취소하기 원하는 경우 서면으로 알려주시기 바랍니다.
- 개인 건강 정보에 관한 귀하의 권리를 알립니다.

## 개인 건강 정보의 사용 및 공개

개인 건강 정보의 사용 및 공개 유형은 범주별로 구분할 수 있습니다. 아래에서 설명과 몇 가지 예시로 이러한 범주를 설명하고 있습니다. 모든 사용 및 공개 유형을 나열할 수는 없지만, 사용 및 공개하는 경우에는 모두 다음의 범주에 포함됩니다.

**치료.** 이 경우 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있으며 귀하를 치료하는 다른 전문가와 공유할 수 있습니다. "의학적 치료"라는 용어에는 귀하가 받을 수 있는 신체 건강 치료와 더불어 "행동 건강 의료 서비스"(정신 건강 서비스 및 알코올 또는 기타 약물 치료 서비스)가 포함됩니다. 예를 들어, 면허가 있는 임상외과가 사용 가능한 약물을 파악하고자 귀하와 정신과 의사가 만나도록 주선하고, 치료에 대한 의견을 정신과 의사와 논의할 수 있습니다. 또는 시설의 직원이 필요한 실험실 업무를 위한 요청을 준비하거나 신체 검사를 위해 외부 의사에 대한 의뢰를 구할 수 있습니다. 다른 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우, 치료 목적으로 귀하의 건강 정보를 새로운 의료 제공자에게 공개할 수도 있습니다.

**지불.** 이 경우 제공된 치료 및 서비스를 Medi-Cal, Medicare, 건강 플랜, 기타 보험 회사에 청구하고 지급받기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 서비스 비용을 시설에 지불하거나 귀하에게 상환할 수 있도록 본 시설에서 받은 치료나 상담에 대한 건강 플랜 정보를 제공해야 할 수 있습니다. 또한 사전 승인을 받거나 건강 보험 적용이 되는 치료인지 확인할 수 있도록 귀하에게 제공하려고 계획한 치료 또는 서비스를 보험 회사에 알릴 수도 있습니다. 다른 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우, 귀하의 건강 정보를 치료비 지불 목적으로 새 의료 제공자에게 공개할 수도 있습니다.

**의료 서비스 운영.** 이 경우 진료를 운영하고, 치료를 개선하며, 필요한 경우에는 귀하에게 연락할 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유할 수 있습니다. 제한된 일부 건강 정보를 알라미다 카운티 부서와 공유할 수도 있지만, 의료 운영을 지원하는 중요한 기능을 수행하는 데 필요한 정도로만 공유할 수 있습니다. 이러한 사용 및 공개는 의료 서비스 기관을 행정적으로 운영하고 모든 클라이언트가 양질의 치료를 받을 수 있도록 하는 데에 필요합니다. 예를 들어, 귀하의 건강 정보를 다음과 같은 목적으로 사용할 수 있습니다.

- 본 시설의 치료 및 서비스를 검토하고 귀하를 돌보는 직원의 성과를 평가할 목적.
- 어떤 서비스를 추가적으로 제공해야 하는지, 어떤 서비스가 불필요한지, 특정 새로운 치료법이 효과적인지를 결정하는 데 도움이 되려는 목적.



- 의사, 간호사, 임상사, 테크니션, 기타 의료 직원, 학생, 인턴, 기타 기관 직원의 검토 또는 학습 활동 목적.
- 재정 관리 및 법률 준수를 지원하려는 목적.
- 다른 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우, 특정 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 건강 정보를 새로운 의료 제공자에게 공개할 수 있습니다. 이와 더불어, 특정 환자의 신원을 알리지 않고 의료 서비스 및 의료 서비스 제공 연구에 이용할 수 있도록 귀하를 식별할 수 있는 정보를 의료 정보에서 삭제할 수도 있습니다.
- 또한 귀하의 의료 정보를 다른 의료 서비스 제공자, 의료 정보 관리 기관, OHCA 의 의료 사업 운영을 위해 "조직 의료 제도"(OHCA)에 참여하는 의료 보험 기관과 공유할 수도 있습니다. OHCA 에는 종합적으로 의료 서비스를 제공하는 병원, 의사 조직, 의료 보험 기관, 기타 단체가 포함됩니다. 본 시설에서 참여하는 OHCA 목록은 ACCESS 에서 확인할 수 있습니다.

도착 확인서. 귀하가 시설에 도착했을 때 서명하도록 하여 귀하의 의료 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 또한 면담 순서가 되었을 때 귀하의 이름을 부를 것입니다.

귀하의 선택 사항. 특정 건강 정보의 경우, 시설에서 공유할 수 있도록 선택한 정보를 알려줄 수 있습니다. 아래에 설명된 상황에서 시설이 귀하의 정보를 어떻게 공유할지 뚜렷하게 선호하는 사항이 있는 경우 원하는 조치를 알려주시면 귀하의 지시에 따를 것입니다. 귀하는 자신의 위치, 일반적인 상태, 또는 귀하의 사망에 대해 (달리 시설에 지시하지 않은 경우) 치료에 관여한 가족, 가까운 친구나 다른 사람 등 정보를 공유할 사람을 알려주고 선택할 권리가 있습니다. 또한 병원 명부에 자신의 정보를 포함시키거나 삭제하도록 시설에 알리고 선택할 권리가 있습니다. 이와 더불어 기금 모금 활동을 위해 시설에서 귀하에게 연락할 수 있을지 여부를 알리고 선택할 권리가 있습니다. 재난 구호 상황에서는 구호 단체가 알림 활동을 조정할 수 있도록 정보를 공개할 수도 있습니다. 또한 귀하의 치료에 관여하거나 치료 비용을 지불하는 데 도움을 주는 사람에게 정보를 공개할 수 있습니다. 동의하거나 이의를 제기할 수 있는 경우, 귀하는 선택할 권리가 있습니다. 시설은 정보의 공개 이전에 귀하가 이의를 제기할 수 있도록 허용할 것입니다. 그러나 비상 상황에 대응하기 위해 필요하다고 판단되는 경우 이의 제기에도 불구하고 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어 의식이 없는 경우와 같이 선호하는 바를 알릴 수 없는 상황인 경우 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단되면 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 또한 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 줄이기 위해 필요한 경우 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

그 밖에 건강 정보를 어떻게 사용 또는 공유할 수 있습니까? 일반적으로 본 시설은 공중 보건 및 연구와 같이 공익에 기여하는 방식으로 귀하의 정보를 공유할 수 있거나, 공유해야 합니다. 이러한 목적으로 귀하의 정보를 공유하려면 먼저 법률의 여러 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html) 을 참조하시기 바랍니다.



**동의하거나 이의를 제기하도록 기회를 제공할 필요가 없는 공개.** 위의 상황 외에도 법률에 따라 귀하의 동의를 먼저 받지 않고도 건강 정보를 공유할 수 있는 경우가 있습니다. 해당 상황은 다음과 같습니다.

**법적 요구에 따를 때.** 연방, 주 또는 지역 법률에 의해 요구되는 경우 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**학대 또는 방치가 의심될 때.** 아동 학대/방임, 노인 또는 성인 피부양자 학대/방임 또는 가정 폭력이 의심되는 경우 귀하의 건강 정보를 해당되는 기관에 공개할 수 있습니다. 귀하가 공개에 동의하거나 법에 따라 본 시설에 공개할 권한이 있고, 개인 또는 공중 보건, 안전에 대한 위협을 방지하기 위해 공개가 필요하다고 생각되는 경우에 해당합니다.

**공중 보건 위협을 방지할 때.** 다음과 같은 특정 상황에서 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

- 질병, 부상 또는 장애 예방
- 출생 및 사망 보고
- 제품 리콜 지원
- 약물 부작용 보고
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 의심 시 신고
- 타인의 건강이나 안전에 대한 심각한 위협 방지 및 감소

**건강 감독 활동 시.** 법에 따라 승인된 활동을 위해 건강 감독 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 감독 활동으로는 감사, 조사, 검사 및 면허 교부 등이 포함됩니다. 이러한 활동은 정부가 의료 시스템, 정부 프로그램, 민권법 준수를 모니터링하는 데 필요합니다.

**사법 및 행정 절차 시.** 법원 또는 행정 명령, 소송, 법적 조치에 대응하거나 소환장에 대응하기 위해 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

**법 집행 시.** 사법당국이 다음과 같은 이유로 요청하는 경우 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

- 사법당국이 범죄 활동에 대응할 수 있도록 협조할 때.
- 용의자, 목격자, 행방불명자 등의 신원을 확인하거나 소재를 파악할 때.
- 범죄 피해자의 정보를 사법 기관에 제공할 때.
- 본 시설 또는 직원에 관한 범죄 행위 또는 위협을 보고할 때.

**검시관, 법의관, 장의사.** 검시관, 법의관 또는 장의사에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어 사망한 사람의 신원을 확인하거나 사망 원인을 확인하는 데 정보가 필요할 수 있습니다. 또한 장의사가 직무를 수행하는 데 필요한 경우 이를 뒷받침하기 위해 본 시설의 환자에 대한 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**장기 또는 조직 기증 시.** 귀하가 장기 기증자인 경우, 장기 조달 기관에 의료 정보를 공개할 수 있습니다.

**연구 목적.** 의료 연구를 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.



**개인 또는 공중 보건, 안전에 대한 위협을 방지할 때.** 귀하의 건강과 안전 또는 타인이나 공중 건강 및 안전에 대한 심각한 위협을 방지하는 데 필요한 경우 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 그러나 위협이나 피해가 발생하는 것을 방지할 수 있다고 판단된 사람에게만 공개됩니다.

**정부의 특별 기능 수행 목적.** 귀하와 관련된 기능을 수행하는 정부 기관을 지원하기 위해 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. i) 군에 속해 있을 경우, 군사 임무를 수행하려는 목적으로 군 지휘 당국에, (ii) 국가 안보 활동 수행하려는 공인 연방 공무원에게, (iii) 대통령이나 다른 사람에게 보호 서비스를 제공하거나 법이 허용하는 조사를 수행하려는 공인 연방 공무원에게, (iv) 귀하가 교도소에 있을 경우 의료, 건강 및 안전 목적으로 교정 기관에, (v) 법이 허용하는 근로자 보상 프로그램 및 청구 기관에, (vi) 연방 및 주의 선출직 헌법관과 그 가족을 보호하는 정부 사법 기관에, (vii) 특정 범죄자 환자나 화기 또는 치명적인 무기를 구매, 소지, 통제하지 않았을 수도 있는 관련인을 이송하고 신원을 확인할 목적으로 캘리포니아 법무부에, (viii) 입법 조사를 실시할 목적으로 상원 또는 하원 의사 운영 위원회에, (ix) 법률에서 요구하는 특정 조사를 실시할 목적으로 주 전역의 보호 및 옹호 단체와 카운티 환자 권리 사무국에 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**기타 특수 범주 정보에 해당하는 경우.** 특정 범주의 정보(예: 인간 면역결핍 바이러스(HIV) 검사 또는 알코올 및 약물 남용 치료 서비스)의 사용 또는 공개에 특별한 법적 요건이 적용될 수 있습니다. 또한 귀하가 받는 일반 의료(정신 건강 이외의 의료 서비스) 서비스와 관련된 의료 정보의 사용 및 공개에는 일부 다른 규칙이 적용될 수 있습니다.

**해당하는 경우 심리 치료 기록 목적.** 심리치료 기록이란 정신건강 전문가인 의료 서비스 제공자가 개인 상담 회기 또는 집단, 공동, 가족 상담 회기 중의 대화 내용을 문서화하거나 분석하여 기록하고 개인의 의료 기록과 분리하여 기록한(모든 매체의) 내용을 의미합니다. 약물 처방 및 모니터링, 상담 회기 시작 및 종료 시간, 제공되는 치료 방법과 빈도, 임상 테스트 결과와 다음 항목의 요약 내용은 심리치료 기록에 포함되지 않습니다. 제외되는 요약 내용: 진단, 기능적 상태, 치료 계획, 증상, 예후 및 현재까지의 진행 상황.

법에서 요구하는 바에 따르거나 다음에 해당하는 경우 심리치료 기록을 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- 기록 작성자가 사용하려는 목적일 때
- 학생, 연수생 또는 실무자를 위한 감독자 진행 정신 건강 교육 프로그램 시
- 개인이 제기한 법적 조치 또는 기타 절차를 방어하기 위해 본 의료 제공자가 사용할 때
- 개인이나 공중 건강 또는 안전에 미칠 심각하고 임박한 위협을 방지하거나 줄이려 할 때
- 심리치료 기록 작성자가 건강을 감독하려는 목적일 때
- 환자의 사망을 보고하기 위해 검시관 또는 법의관에게 사용하거나 공개하려는 목적일 때
- 개인이나 공중 건강 또는 안전에 미칠 심각하고 임박한 위협을 방지하거나 줄이는 데 필요하여 사용하거나 공개해야 할 때





- 조사 과정에서, 또는 법에서 요구하는 바에 따라 시설이 연방 개인정보 보호법을 준수하고 있는지 확인하고자 하는 경우 귀하나 미국 보건 복지부에 사용하거나 공개하려는 목적일 때
- 귀하가 사망한 후 검사관 또는 법의관에게 사용하거나 공개할 때
- 심리치료 기록을 사용하거나 공개할 수 있는 권한을 귀하가 취소하는 범위에 따라 본 시설은 기록의 사용 또는 공개를 중단할 것입니다.

**해당하는 경우 소유권 변경 시.** 본 진료/프로그램이 다른 조직에 매각되거나 합병되는 경우 귀하의 건강 정보/기록은 새로운 소유자의 재산이 되지만, 개인 건강 정보 사본을 다른 진료/프로그램으로 이관하도록 요청할 귀하의 권리는 유지됩니다.

**귀하가 동의하거나 이의를 제기할 기회를 행사한 후에만 정보를 공개하는 경우.**

건강 정보 공유에 대해 (가능한 경우) 귀하와 논의하고 귀하가 이러한 공유에 반대하지 않을 때까지 건강 정보를 공유하지 않는 경우가 있습니다. 이러한 상황은 다음과 같습니다.

**환자 명부.** 귀하는 어떤 건강 데이터를 환자 명부에 올릴지 결정할 수 있습니다.

**귀하의 치료 또는 치료비 지불과 관련된 사람.** 시설은 가족, 친한 친구 또는 귀하가 의료 서비스에 관여한다고 지정한 다른 사람에게 귀하의 건강 데이터를 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 가족이나 친구에게 약국에서 약을 받아오도록 요청하는 경우, 본 시설에서는 그 사람에게 약이 무엇이며 언제 가져갈 수 있는지 알려줄 수 있습니다. 또한 귀하가 이의를 제기하지 않는 한 가족 구성원(또는 귀하의 치료를 책임지는 다른 사람)에게 귀하의 위치와 건강 상태를 알릴 수 있습니다.

**귀하와의 소통 상황에서 공개.** 귀하에게 연락을 취하는 과정에서 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 시설에 치료 예약이 되어 있음을 상기시키거나, 귀하가 이용할 수 있는 치료 옵션 또는 관심을 가질만한 대안을 알려주거나 추천하기 위해 귀하에게 연락하면서 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 귀하가 관심을 가질만한 의료 관련 혜택이나 서비스를 알려드리는 데에도 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 시설의 기금 모금 활동에 대해 연락을 드릴 수도 있습니다.

**건강 데이터의 기타 용도.** 이 고지나 본 시설에 적용되는 법률로 다루어지지 않은 기타 상황에서 건강 정보를 사용하려면 귀하의 서면 동의가 있어야 합니다.

귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있는 권한을 제공했다라도, 언제든지 서면으로 권한을 취소할 수 있습니다. 권한을 취소하면 귀하의 서면 승인에 포함된 내용대로 건강 정보를 더 이상 사용하거나 공개하지 않을 것입니다. 본 시설은 귀하의 허락을 받아 이미 공개한 내용을 철회할 수 없으며 귀하에게 제공한 진료 기록을 보관해야 한다는 점을 유의하시기 바랍니다.

**건강 정보에 관한 귀하의 권리.** 귀하의 건강 정보와 관련하여 귀하에게는 특정한 권리가 있습니다. 이 섹션에서는 귀하의 권리와 본 시설의 책임에 대해 설명합니다.



**위반 알림.** 보호되고 있는 개인 건강 정보 보안이 위반되는 경우, 귀하의 개인정보 보호나 정보 보안을 손상시킬 수 있는 침해 발생 시 즉시 알려드릴 것입니다. 현재 사용 중인 이메일 주소를 제공하셨다면 이메일을 사용하여 위반 관련 정보를 전달할 수 있습니다. 경우에 따라 본 시설의 협력 시설에서 통지할 수도 있습니다. 또한 적절한 다른 방법으로도 통지할 수 있습니다.

[참고: PHI가 포함되지 않고 부적절한 정보가 공개되지 않으리라 확신하는 경우에만 이메일 알림을 사용합니다. 예를 들어 이메일 주소가 "digestivediseaseassociates.com"인 경우 이 주소로 전송된 이메일을 가로채면 환자와 환자의 상태를 알게 될 수 있습니다.]

**의료 기록에 대한 전자 사본이나 종이 사본을 받으십시오.** 귀하에게는 이 건강 정보를 검토하고 복사할 권리가 있습니다. 일반적으로 이 정보에는 의료 및 청구 기록이 포함되지만 일부 정신 건강 정보는 포함되지 않을 수 있습니다. 다음과 같은 특정 제한 사항이 적용됩니다.

- 귀하는 귀하의 의료 기록, 시설에서 보유한 기타 건강 정보의 전자 사본이나 종이 사본을 확인하거나 제공하도록 요청할 수 있습니다.
- 일반적으로 본 시설에서는 요청을 받은 후 30일 이내에 건강 정보 사본 또는 요약본을 제공할 것입니다. 합리적인 비용을 고려한 수수료가 청구될 수 있습니다.
- 요청서를 서면으로 제출해야 합니다. 서면 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공해 드립니다.
- 영업일 기준 10일 이내에 요청 관련 알림을 받을 수 있습니다.
- 특정 상황에서 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 귀하가 건강 정보를 확인할 수 없게 거부된 경우에는, 법에 따라 거부를 검토하도록 요청할 수 있습니다.
- 귀하의 심리치료 기록 열람 요청을 본 시설에서 거부한 경우 귀하는 기록을 다른 정신 건강 전문가에게 이관할 권리가 있습니다.

**의료 기록을 정정하려면 본 시설에 요청하십시오.** 부정확하거나 불완전하다고 생각되는 건강 정보를 정정하도록 요청하실 수 있습니다. 귀하의 요청을 거절할 수도 있으나 60일 이내에 서면으로 그 이유를 알려드립니다. 본 시설은 귀하의 기록에서 정보를 삭제할 수 없습니다. 오류가 있다면 정확한 설명이나 보완 정보를 추가하여 수정할 것입니다. 시설 주관으로, 또는 시설에 정보가 보관되는 동안 수정을 요청할 권리가 있습니다. 다음과 같은 특정 제한 사항이 적용됩니다.

- 수정 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 서면 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공해 드립니다.
- 요청이 필요한 이유를 설명해야 합니다.

또한 다음과 같은 정보 수정을 요청하는 경우 요청이 거부될 수 있습니다.

- 본 시설에서 작성한 정보가 아닌 경우(정보 작성자가 더 이상 수정할 수 없는 경우 제외).
- 본 시설 주관으로, 또는 본 시설에 보관하는 건강 정보에 해당하지 않는 경우.



- 검토하거나 복사하도록 허용된 정보에 해당하지 않는 경우. 귀하의 수정 요청을 거부하더라도, 기록이 불완전하거나 부정확하다고 생각되는 항목이나 진술에 대해 서면 부록을 제출할 권리가 있습니다. 부록을 건강 기록의 일부로 포함하려는 의사를 서면으로 밝힌다면, 귀하가 불완전하거나 부정확하다고 생각하는 항목이나 진술을 공개할 때마다 기록에 부록을 첨부하고 포함시킵니다.

**사용하거나 공유할 내용에 제한을 요청할 권리.** 치료, 지불 또는 시설 운영과 관련된 특정 건강 정보를 사용하거나 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 본 시설은 귀하의 요청에 동의할 의무가 없으며 치료에 영향을 미친다고 판단되는 경우에는 요청을 거절할 수 있습니다. 또한 귀하는 가족이나 친구 등 치료 또는 치료 비용 지불에 관여하는 사람에게 시설에서 공개하는 건강 정보를 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 진단이나 치료에 대한 정보를 친구나 가족에게 사용하거나 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다.

치료, 지불 또는 의료 운영 시 정보 사용 방식을 제한하라는 귀하의 요청을 본 시설이 동의하는 경우, 응급 치료를 제공할 목적으로 정보가 필요한 경우가 아니면 제한 요청을 따를 것입니다. 제한을 요청하려면 의료 제공시설에 서면으로 요청해야 합니다. 요청 시 제한하려는 정보, 시설의 정보 사용 또는 공개, 아니면 두 가지 모두를 제한할 것인지 여부, 제한 적용 대상을 알려야 합니다.

귀하가 서비스 또는 의료 서비스 항목 전액을 지불하는 경우, 귀하는 지불 또는 운영을 위해 시설이 의료 보험사와 해당 정보를 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 법에서 해당 정보를 공유하도록 요구하지 않는 한 귀하의 요청에 동의할 것입니다.

**기밀 소통을 요청할 권리.** 특정 방법(예: 집 또는 사무실 전화)으로 연락하거나 다른 주소로 우편을 보내도록 요청할 수 있습니다. 본 시설에서는 모든 합당한 요청에 동의할 것입니다. 기밀 소통을 원하는 경우, 의료 서비스 제공자에게 서면으로 요청해야 합니다. 요청에 대한 이유는 묻지 않습니다.

**개인 정보 보호 고지 사본을 받을 권리.** 본 고지를 전자 문서로 받는 데 동의했다라도 언제든지 이 고지를 종이 사본으로 요청할 수 있습니다. 종이 사본은 즉시 제공됩니다. 귀하는 의료 제공시설이나 상기 언급한 프로그램 중 하나를 통해 고지 사본을 받을 수 있습니다.

**정보를 공유한 대상 목록을 받을 권리.** 요청한 날짜 이전 6년간 건강 정보를 공유한 횟수, 공유 대상, 공유 이유 목록(회계 기록)을 요청할 수 있습니다. 이 회계 기록에는 다음이 포함되지 않습니다.

- 치료, 지불 또는 의료 서비스 관리 운영에 필요한 정보 공개.
- 시설에서 이미 귀하에게 공개한 내용.
- 허용되거나 요구되는 공개 내역에 해당하지 않는 부수적인 정보 공개.
- 귀하의 서면 승인으로 이루어진 정보 공개.
- 법에서 허용하거나 요구하는 바에 따른 특정 정보 공개.





치료, 지불, 의료 서비스 관리 운영 및 특정 정보 공개(귀하가 요청한 공개 등)를 제외한 모든 공개 내역이 포함됩니다. 1년에 한 번 무료로 회계 자료를 제공하며 12개월 이내에 다시 회계 자료를 요청할 경우 합리적인 비용을 고려한 수수료를 부과할 수 있습니다. 이러한 회계 목록 또는 회계 공개를 요청하는 경우, 요청서를 서면으로 제출해야 합니다. 서면 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공해 드립니다. 요청서에는 기간을 명시해야 하며 원하는 목록의 형식(예: 서면 또는 전자 형식)을 나타내야 합니다. 귀하에게 관련 비용을 통지할 것이며, 비용이 발생하기 전에 요청을 철회하거나 수정할 수 있습니다.

**대리인을 선택할 권리.** 귀하가 의료 위임장을 부여했거나 귀하의 법적 보호자인 경우, 그 사람은 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 의료 정보를 선택할 수 있습니다. 본 시설은 조치를 취하기 전에 해당하는 사람이 권한을 가지고 있고 귀하를 대리하여 행동할 수 있는지 확인합니다.

**본 고지의 조건 변경.** 본 시설은 본 고지의 조건을 변경할 수 있으며 변경 사항은 시설에서 보유한 귀하의 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지 사항은 요청 시 사무실과 웹사이트에서 제공될 것입니다. 개인 정보 보호 관행 고지가 변경될 경우, 또는 귀하가 새로운 서비스 사이트에 등록하는 경우 새로운 고지 사본을 받게 됩니다.

귀하가 서면으로 허가하지 않는 한 마케팅 목적, 정보 판매, 대부분의 심리 치료 기록 공유와 같은 상황에서는 **귀하의 정보를 절대 공유하지 않습니다.** 자세한 내용은 29 페이지의 심리 치료 기록 부분을 참조하시기 바랍니다. 모금이나 미디어 캠페인의 경우, 모금이나 미디어 캠페인 활동을 위해 귀하에게 연락할 수도 있지만 다시 연락하지 않도록 요청하실 수 있습니다.

**권리가 침해되었다고 생각되는 경우 불만을 제기하십시오.** 의료 서비스 기관 내의 모든 프로그램은 귀하의 개인 건강 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우, 위반이 발생했다고 생각되는 부서에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 주장을 즉시 조사하여 필요한 경우 시정 조치를 취하겠습니다. 불만을 제기했다고 귀하에게 보복 조치를 취하지 않습니다.

모든 불만 사항은 서면으로 제출해야 합니다. 다음 연락처를 통해 불만 제기 양식 및 지침서 사본을 얻을 수 있습니다.

행동 건강 의료 서비스	소비자 지원실(Consumer Assistance Office) 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787
환경 보건부	소장실(Office of the Director) 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700
행정 및 빈곤층 건강 담당 부서	소장실(Office of the Director) 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577



	(510) 618-3452
공중보건부	소장실(Office of the Director) ATTN: 개인 정보 보호 문제 1000 Broadway 5 <sup>th</sup> Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

또한 다음 주소로 편지를 보내 미국 보건 복지부 시민권 사무국에 불만을 제기할 수 있습니다.

시민권 사무국(Office of Civil Rights)  
미국 보건 복지부(U.S. Department of Health and Human Services)  
90 Seventh Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

1-800-368-1019 로 전화하거나 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) 를 방문하실 수도 있습니다.

불만을 제기했다고 귀하에게 보복 조치를 취하지 않습니다.



## 개인 정보 보호 관행 고지 요약

이 문서에서는 건강 데이터를 사용하고 공유하는 방법과 이러한 데이터를 확인할 수 있는 방법을 설명합니다. **중요 사항:** 이 페이지는 요약본이며 개인 정보 보호 정책에 대한 모든 세부 정보를 포함하고 있지 않습니다. 모든 부문에 대한 세부 정보는 요청 시 개인 정보 보호 관행 고지 전문으로 제공됩니다.

### I. 건강 데이터를 사용하고 공유하는 방법:

- **치료** - 치료 또는 기타 유형의 의료 서비스를 제공하기 위해 건강 데이터를 사용하거나 공유할 수 있습니다.
- **지불** - 귀하 또는 제 3 자가 제공한 서비스를 지불하도록 청구할 목적으로 귀하의 건강 데이터를 사용하거나 공유할 수 있습니다.
- **의료 서비스 운영** - 품질 관리, 규정 준수 모니터링, 결과 평가, 감사 등과 같은 운영 목적으로 귀하의 건강 데이터를 사용하고 공유할 수 있습니다.

### II. 동의나 이익을 제기하도록 기회를 제공할 필요가 없는 정보 공개:

- 연방, 주 또는 현지 법률에서 요구하는 바에 따라
- 아동학대/방임 또는 노인 또는 성인 피부양자 학대/방임 또는 가정폭력이 의심되는 경우
- 질병을 예방하고 통제하기 위한 공중 보건 활동 시 공중 보건 위협이 있는 경우
- 법원, 행정 명령 또는 소환장에 따른 소송 및 분쟁 상황
- 사법당국이 범죄 활동에 대응할 수 있도록 협조하는 사법 활동
- 검시관, 법의관, 장의사
- 귀하가 장기 기증자인 경우 장기 또는 조직 기증 시설
- 개인, 공중 보건, 안전에 대한 위협 방지 목적

### III. 동의나 이익을 제기하도록 기회를 제공해야 하는 정보 공개:

- **환자 명부** - 귀하는 어떤 건강 데이터를 환자 명부에 올릴지 결정할 수 있습니다.
- **귀하의 치료 또는 지불에 관여된 사람** - 가족, 친한 친구 또는 귀하가 건강 관리에 관여한다고 지정한 다른 사람에게 귀하의 건강 데이터를 공유할 수 있습니다.

### IV. 건강 데이터의 기타 용도:

- 이 고지나 본 시설에 적용되는 법률로 다루어지지 않은 기타 상황에서 건강 정보를 사용하려면 귀하의 서면 동의가 있어야 합니다.

### V. 귀하는 본 시설에서 보관하는 건강 데이터에 대해 다음과 같은 권리가 있습니다.

1. 건강 정보를 이용할 권리



2. 건강 기록을 살피고 요청 시 건강 기록 사본을 받을 권리
3. 부정확하거나 불완전하다고 생각되는 건강 기록 정보를 수정할 권리
4. 건강 정보를 누구에게 공개했는지 알 권리
5. 귀하와 관련하여 제공하는 건강 정보 데이터를 제한하도록 요청할 권리
6. 건강 정보에 대해 다른 방법으로 연락을 받을 권리
7. 개인 정보 보호 관행 고지 종이 사본을 전문으로 받을 권리

본인은 개인 정보 보호 관행 고지를  제공받았거나  수령했음을 확인합니다.

---

클라이언트 또는 클라이언트 대리인 서명

---

날짜

---

클라이언트/클라이언트 대리인 성명 정자 기재

---

HCSA 부서/프로그램 명

## 정보 고지 42 CFR 파트 2: 약물 및 알코올 환자 정보 공개

주의 깊게 검토하시기 바랍니다.

약물 또는 알코올 남용으로 서비스를 신청하거나 서비스를 받고 있는 경우 42 CFR 파트 2가 귀하의 건강 정보를 보호합니다. 일반적으로 귀하가 약물 또는 알코올 남용으로 서비스를 신청하거나 서비스를 받고 있는 경우, 본 시설은 고지에 나열된 경우를 제외하면 귀하가 프로그램에 참여하고 있음을 시설 외부인에게 알리거나 약물 남용 치료를 원하는 개인임을 식별할 수 있는 정보를 공개해서는 안 됩니다.

42 CFR, 파트 2: 의료 서비스 지불을 포함하여, 귀하의 의료 서비스에 관한 일반적인 정보는 1996년 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법률("HIPAA"), 42 U.S.C § 1320d 이하, 45 C.F.R. 파트 160 및 164, 기밀유지법, 42 U.S.C § 290dd-2 및 42 C.F.R. 파트 2를 포함한 연방법 및 규정으로 보호됩니다. 이러한 법률 및 규정에 따라 귀하의 약물 사용 장애("SUD") 치료 기록의 기밀유지 조항은 약물 남용 교육, 예방, 훈련, 치료 재활 또는 연구와 관련된 연방 지원 프로그램이나 활동 수행과 관련하여 보관되는 신원 기록, 진단 기록, 예후 기록 또는 치료 기록의 기밀성을 보호합니다. 의료 제공자는 프로그램 외부인에게 귀하가 프로그램에 참석한다고 알릴 수 없으며 알코올 또는 약물 치료 환자로 식별이 가능한 귀하의 정보를 공개하거나 기타 보호되는 정보를 공개할 수 없으며 연방법에서 허용하는 경우는 예외입니다.

의료 공급자는 지불 목적으로 정보를 공개하기 전에 귀하의 서면 동의를 받아야 합니다. 예를 들어, 의료 제공자는 서비스 비용을 지불받을 목적으로 건강 보험사에 정보를 공개하기 전에 귀하의 서면 동의를 받아야 합니다. 또한 의료 공급자는 귀하에 대한 정보를 판매하거나 마케팅 목적으로 정보를 공개하기 전에 귀하의 서면 동의를 받아야 합니다. 일반적으로 의료 제공자가 치료 목적이거나 의료 서비스 운영을 위해 정보를 공유하려면 먼저 귀하가 서면 동의서에 서명해야 합니다. 일반적으로 의료 제공자는 SUD 클라이언트임을 알 수 있는 정보를 직간접적으로 공개할 수 없지만, 연방법 및 규정에 따라 귀하의 서면 허가 없이 정보를 공개할 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 경우가 포함될 수 있습니다.

1. 클라이언트가 자신이나 타인에게 위협이 되는 경우
2. 클라이언트가 위험한 상황이거나 타인에게 피해를 가하겠다고 위협한 경우
3. 클라이언트가 심각한 장애를 가지고 있고 치료의 필요성을 합리적으로 결정할 수 없는 경우
4. 클라이언트가 아동을 학대했거나 방치한 것으로 의심되는 경우
5. 클라이언트가 노인을 학대한 것으로 의심되는 경우
6. 클라이언트가 의학적 응급 상황에 처해 직접 허가할 수 없는 경우
7. 클라이언트 정보가 의료 서비스 품질 검토에 사용되는 경우



8. 적격 서비스 조직(QSO)과의 계약에 따르는 경우(예: 기록 보관, 회계, 또는 기타 전문 서비스 목적)
9. 승인 및 면허 기관이 검토해야 할 경우

42 CFR 파트 2가 적용되는 프로그램에서 연방법 및 규정을 위반하는 것은 범죄 행위이며, 위반이 의심되는 경우 미국 캘리포니아 북부 지구 검사(450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) 및 캘리포니아 보건 서비스국(1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413)을 포함한 관계 당국에 보고할 수 있습니다.

의료 제공자가 위에서 설명되지 않았거나 관련 법률 또는 규정(예: 42 CFR 파트 2)에서 허용하지 않는 방식으로 건강 정보를 사용하거나 공개하려면 공개하도록 허용한다는 귀하의 구체적인 서면 동의를 먼저 받아야 합니다. 귀하는 서면 동의를 구두 또는 서면으로 철회할 수 있습니다.

의료 제공자의 의무: 의료 제공자는 법률에 따라 건강 및 SUD 정보 관련 개인 정보 보호를 준수하며 건강 정보와 관련된 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행에 대한 고지를 귀하에게 제공해야 합니다. 의료 제공자는 법률에 따라 이 고지의 조건을 준수해야 하며, 제공자가 유지 관리하며 보호되는 모든 의료 정보에 새로운 고지의 조항을 적용시켜야 합니다. 수정 및 업데이트는 치료 회기에서 개인에게 알리며 로비의 공시 게시판에 게시됩니다.

고충 및 위반 보고: 기밀 유지 문제를 포함하여 제공되는 의료 서비스와 관련해 문제가 있어 만족하지 못하거나 의료 서비스 제공자와 문제를 논의하기가 불편한 경우 소비자 지원실 1 (800) 779-0787 번에 문의할 수 있습니다. 자세한 내용은 본 패킷의 20 페이지부터 나와있는 수혜자 문제 해결 절차를 참조하시기 바랍니다.

수혜자 성명:	프로그램 명:	
생년월일:	입소 날짜:	RU 번호(해당하는 경우):
INSYST 번호:		

## 수령 확인

### 서비스에 대한 동의

본 패킷의 1 페이지에 설명된 바와 같이 아래에 귀하가 서명하면 본 의료 제공시설로부터 행동 건강 의료 서비스를 받는 데 자발적으로 동의하는 것입니다. 귀하가 수혜자의 법적 대리인인 경우 귀하의 서명이 이러한 동의를 가리킵니다.

### 정보 자료

서명하면 아래 제시된 자료가 이해할 수 있는 언어 또는 방식으로 귀하와 논의되었고, 의료 기록에 대한 정보 자료 패킷을 받았으며, 표시된 바에 따라 안내서 및 의료 제공자 명부의 전달 방법에도 동의하게 됩니다. 언제든지 자료 설명 및/또는 사본을 다시 요청할 수 있습니다.

### 최초 고지

입소 시, 또는 다른 때에 귀하와 논의한 자료가 확인될 수 있도록 아래 상자에 체크해 주십시오.

- 서비스에 대한 동의
- 선택의 자유
- 차별 금지 통지
- 기밀 유지 및 개인 정보 보호
- 환영받는 안전한 장소로 유지(주에서 요구하는 정보 자료 아님)
- "Medi-Cal 정신 건강 서비스 안내서" 또는 "약물 Medi-Cal 서비스 안내서"  
전달: 웹페이지 이메일 종이 사본
- 알라미다 카운티 행동 건강 플랜 의료 제공자 명부  
전달: 웹페이지 이메일 종이 사본
- 수혜자 문제 해결 정보
- 사전 지시 정보(18 세 이상 및 클라이언트가 18 세가 되었을 때)  
사전 지시서를 작성한 적이 있습니까? 예 아니요  
'예'로 답한 경우 본 기관에서 기록용 사본을 보관해도 될까요? 예 아니요  
'아니요'로 답한 경우 작성할 수 있도록 도와 드릴까요? 예 아니요
- 개인 정보 보호 관행 고지 - HIPAA & HITECH
- 정보 고지 42 CFR 파트 2: 약물 및 알코올 환자 정보 공개(약물 사용 치료 서비스를 받는 클라이언트만 해당)

수혜자 서명: (또는 해당되는 경우 법정대리인)	날짜:
임상의/직원 증인 성명(이니셜):	날짜:
해당되는 경우 가이드 및 의료 제공자 명부 전달을 위한 이메일 주소:	

**연례 통지:** 의료 제공자는 상기 나열된 자료를 검토할 수 있음을 귀하에게 매년 알려야 합니다. 아래 확인란에 귀하의 성명(이니셜)과 날짜를 기입하여 언제 통지가 있었는지 표시하시기 바랍니다.

성명(이니셜) 및 날짜:	성명(이니셜) 및 날짜:	성명(이니셜) 및 날짜:	성명(이니셜) 및 날짜:
------------------	------------------	------------------	------------------

**수혜자**(또는 법적 대리인)의 성명(이니셜) 및 날짜를 일년에 한 번씩 확인란(위 참조)에 기입하시기 바랍니다.

## 의료 제공자 지침:

- 최초 통지: 패킷의 각 관련 항목을 수혜자(또는 법적 대리인)가 원하는 언어나 의사소통 방법으로 논의하십시오. 이전 페이지 상단의 식별 정보 확인란을 작성하십시오. 논의/제공된 항목을 관련 확인란에 표시하십시오. 수혜자에게 해당 확인란에 서명하고 날짜를 기입하도록 요청하십시오. 해당 확인란에 직원의 성명(이니셜)과 날짜를 기입하십시오. 기록을 위해 나머지 정보 자료 패킷을 수혜자에게 제공하십시오. 서명이 있는 페이지를 차트에 보관하십시오.
- 연례 통지: 수혜자에게 모든 자료를 검토할 수 있음을 다시 알리고, 요청이 있을 경우 자료를 검토하십시오. 제공된 확인란에 정확한 날짜와 성명(이니셜)을 작성하도록 하십시오.
- 기준에 해당하는 모든 언어로 작성된 패킷과 자세한 지침서는 <http://www.ACBH.org/providers/QA/General/informing.htm> 에서 이용할 수 있습니다.