

## 通知資料 -- 您的權利與責任

### 歡迎加入阿拉美達郡行為健康計劃

歡迎！作為阿拉美達郡行為健康計劃 (BHP) 會員 ( 受益人 )，在您向此醫療機構要求行為健康服務時，我們要求您閱讀以下的通知資料，此資料內容與您的權利和責任有關。阿拉米達郡的 BHP 包含由郡心理健康計劃提供的心理健康服務，以及郡 SUD 組織照護系統提供的物質使用障礙 (SUD) 治療服務；您可以只接受一種服務，或者兩種皆有。

#### 醫療機構名稱：

接待您加入相關服務的人員將會與您一同閱讀這些資料。您將獲得我們所提供的資料包，您可帶回家，隨時於方便時間閱讀，並且您需要在本資料包的最後一頁簽名，以說明服務人員與您討論的內容並確認您已收到本資料。簽名頁的正本將由醫療機構保存。服務醫療機構也需要每年向您發一次通知，告知您本資料包中某些資料可用性的相關消息。本資料包的最後一頁也將留有一定空間，以便讓您填寫希望收到這些通知的時間。

此資料包涵蓋的資料相當多，所以請您慢慢閱讀，有任何問題請儘管提問！掌握與了解自身的權利與責任有助於您獲得應得的照顧。

同意服務



作為此行為健康計劃 (BHP) 的會員，您在本資料包最後一頁的簽名即代表您同意自願參加由此醫療機構提供的行為健康服務。如果您是本 BHP 之受益人的合法代表，您的簽名亦代表同意。

您同意使用服務也代表本醫療機構有義務通知您有關其護理照顧的建議事項，讓您參與計劃的決定是在完全瞭解的情況下做出，同時也顯得有其意義。除了有權隨時停止服務之外，您還擁有拒絕使用任何建議、行為健康干預或是治療過程的權利。

本醫療機構可能會有其他的同意函需要您的簽名，該同意函對您能夠獲得的服務種類會有更詳細的說明。這些服務包括 ( 但不限於 )：狀況評估、評價、個人諮商、團體諮商、危機干預、心理治療、病例管理、復建服務、藥物服務、藥物輔助治療、轉介至其他行為健康專業人員，以及代表您與其他專業人員共同會診。

專業服務醫療機構包括 ( 但不限於 )：醫生、執業護理師、醫師助理、婚姻和家庭治療師、臨床社會工作者 (LCSW)、專業臨床顧問、心理學家、註冊助理和經認證的同行專家。如果您的服務醫療機構是無執照的專業人員 ( 例如學生實習生或註冊助理 )，您的服務醫療機構必須以書面形式通知您。所有無照的專業人員均需要有照專業人士進行監督。

## 自由選擇



在您參與行為健康護理計劃期間，我們有責任告訴您接受我們服務的所有人（包括未成年人以及未成年人的法律代表）應該知道以下事項：

- A. 行為健康系統的接受與參加完全屬於自願性質；並不作為參加其他社區服務的要求。
- B. 您有權獲得由 Medi-Cal 贊助的其他行為健康服務，同時也有權要求\*更換醫療機構和/或服務人員。
- C. 行為健康計劃與本社區多家醫療機構簽訂有合約，包括宗教型醫療機構。獲得聯邦政府補助的宗教型醫療機構需遵守若干法律規定，包括他們必須為所有符合資格的會員提供服務（不論其宗教信仰為何），同時該筆聯邦資金不得用於支持宗教活動（例如禮拜、講授宗教教義或嘗試改變會員的宗教信仰）。如果您被轉介至宗教型醫療機構，但由於宗教因素不希望獲得該醫療機構所提供的服務，您有權在提出要求\*之後轉至不同的醫療機構。

\*BHP 盡力配合會員及其家人同意所有合理的要求，但是我們無法保證所有更換醫療機構的要求都能如願。然而如果是基於宗教因素而要求更換醫療機構將會獲得同意。

## 自由選擇



在與我們一起參與治療服務時，您健康資訊的保密和隱私是您個人的重要權利。本資料包含有「隱私權慣例通知」的副本，說明「阿拉米達郡行為醫療保健服務」將如何保密您的治療記錄和個人資訊、使用和揭露，以及您可如何取得此資訊。如果您正在接受物質使用障礙 (SUD) 治療服務，此資料包還包含您的「資訊通知 42 CFR 第 2 部分 - 藥物和酒精患者資訊揭露」副本。您的醫療機構必須向您提供有關保密和隱私權的資訊。

如果遇到與您自身或他人安全有關的情況，雖然醫療機構通常不得披露直接或間接將您識別為接受 SUD 服務的受益人的資訊，但是醫療機構會依照法律規定將您的案例與「行為醫療保健服務」系統以外的人員討論。

這些情況包括：

1. 如果您威脅要傷害其他人，則必須通知對方和/或警方。
2. 如果您對自身的健康與安全構成嚴重威脅（視情況而定）。
3. 懷疑兒童遭受虐待的所有案例都必須向適當的州或當地主管機關報告。
4. 懷疑老年人/受撫養成人遭受虐待的所有案例都必須向適當的州或當地主管機關報告。
5. 如果法院命令我們公開您的記錄，我們必須照辦。
6. 患者在醫療場所或針對物質使用治療醫療機構之人員的犯罪行為；這類舉報不受保護。

如果您對這些保密限制有任何疑問，請逕向資料解說人員詢問。如需有關上述及其他保密限制的更多資訊，請參閱本資料包的「隱私權慣例通知」和「資訊通知 42 CFR 第 2 部分 - 藥物和酒精患者資訊揭露」一節。

## 維護友好與安全的環境



我們希望每位會員在獲得護理照顧的同時都能感到賓至如歸，這點對我們非常重要。我們最重要的工作便是讓您感覺自己來對了地方，我們希望能夠更了解您，幫助您擁有快樂、豐富的生活。如果我們有任何地方讓您感到不舒服、不安全或不受尊重，請告訴我們。

讓我們的服務環境成為安全與受患者歡迎的地方，這點對我們也同樣重要。如果服務環境中發生任何事情讓您感覺不安，請讓我們知道，我們會設法解決。

我們創造安全環境的方式之一，便是制定規則並要求所有人（醫療機構和會員）都能採取安全與尊重他人的行為。規定如下：

- ✓ \*以安全的行為方式對待自己與其他  
人。
- ✓ 與他人講話時保持禮貌。
- ✓ 尊重他人及本服務場所的財產。
- ✓ 不持有任何形式的武器。
- ✓ 尊重他人的隱私。
- ✓ 禁止在場所內販售、使用和散播酒精、藥物、尼古丁/煙草製品和電子煙。

為了讓所有人都能享有良好的環境，有任何危險意圖的會員將會被要求離開醫療機構，暫時或完全中止服務，並且在必要時採取法律途徑。因此如果您認為自己可能無法遵守上述規定，請告知您的醫療機構。我們會盡一切努力採用安全的方式協助您及周圍的人員適應環境，讓您感覺徹底安全。

感謝和我們一起努力共同遵守上述規定的所有人。

## Medi-Cal 心理健康服務指南、 Drug Medi-Cal 服務指南以及醫療機構名單

指南與醫療機構名單（每月更新）  
可透過 [www.acbhcs.org](http://www.acbhcs.org) 網站取得或者  
您可以按照以下說明申請獲得



當您開始服務時，我們將提供您行為健康計劃 (BHP) 受益人手冊、**Medi-Cal 心理健康服務指南**或**Drug Medi-Cal 服務指南**。以上資料包含的資訊有：受益人如何符合服務的資格、可獲得的服務類型以及如何使用這些服務、我們的服務醫療機構為何，以及更多有關您的權利與我們的「申訴、上訴與州公平聽證會」程序的資訊。本指南中也包括有關「行為健康計劃」的重要電話號碼。

**醫療機構名單**為本社區中提供行為健康服務的郡立和與郡簽約的醫療機構名單；該名單於每月更新。若需轉介所有門診病患非急診心理健康服務或有關**醫療機構名單**的詳細資訊，請透過電話 1-800-4919099 聯絡 ACCESS 計劃；代表可以告知您心理健康醫療機構目前是否有名額。

若需轉介治療服務或有關**醫療機構名單**的詳細資訊，請透過電話 1-844-682-7215 聯絡物質使用治療與轉介專線；代表可以告知您物質使用治療醫療機構目前是否有名額。若您有聽力或口語障礙，請撥打 711 聯絡加州電話轉接服務 (California Relay Service)，他們可以幫您轉接至任一客戶服務專線。

指南與醫療機構名單可於 BHCS 網站 ([www.acbhcs.org](http://www.acbhcs.org)) 取得，可根據您的要求透過電子郵件或紙本形式提供，無需任何費用。指南和醫療機構名單以郡指定的基本語言 ( 英文、西班牙文、粵語、普通話、越南文、他加祿文、韓文和波斯文 ) 以及其他格式提供。

**可致電 ACCESS 專線 1 (800) 491-9099 取得有關指南和醫療機構目錄的語言協助。**



### 受益人問題解決資訊決定接受申訴的地點

**不滿意服務 – 任何狀況都可提出申訴**

範例：

- 如果您沒有獲得需要的服務類型。
- 如果您獲得的服務水準不佳。
- 如果您受到不公平對待。
- 如果預約的就診時間從來沒有安排在適合您的時間。
- 設施不乾淨或不安全。

**向阿拉美達郡 BHCS**

**提出申訴的管道**

透過電話： 1-800-779-0787 BHCS 消費者協助專線

如需聽力或口語協助，並撥打 711 聯絡加州電話轉接服務

透過美國郵件： 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

親到現場： 親至心理健康協會的消費者協助中心

954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

**向您的醫療機構**：您的服務醫療機構可能會在內部解決您的申訴，或引導您前往上述的 ACBHCS。您可從醫療機構處取得申請表和協助。

**不利福利認定 – 您得上訴**

您會收到一份「不利福利認定通知」(NOABD)，通知您 BHP 為保證您的自身權益而採取的行動。範例：

- 您要求的服務遭到拒絕或受到限制。

- 如果您目前正在接收的先前授權的服務被減少、暫停或終止。
- 如果 BHP 拒絕支付您所接受的服務。
- 若未即時提供您服務。
- 若您的申訴或上訴未在規定時間內獲得解決。
- 若您對財務責任爭議的請求被拒絕。

向阿拉美達郡 BHCS 提出申訴的管道 ( 僅適用接受 Medi-Cal 服務的 Medi-Cal 受益人 ) :

透過電話 : 1-800-779-0787 消費者協助專線

如需聽力或口語協助, 並撥打 711 聯絡加州電話轉接服務

透過美國郵件 : 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

親到現場 : 前往位於 954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608  
的 Mental Health Association 消費者協助中心

如果您已完成 BHP 的上訴程序但問題仍未獲得滿意解決, 您有權要求舉行由加州社會服務部門獨立進行審查, 即州公平聽證會。每份上訴決議通知書 (NAR) 均附有州公平聽證會申請表; 您必須在郵戳日期前 120 天內或 BHP 親自向您提供 NAR 的當天提交申請。無論您是否收到 NOABD, 您都可以申請進行州公平聽證會。為了在等待聽證會期間能持續獲得相同服務, 您必須在 NAR 郵寄或親自給予您當日起十 (10) 天內或在服務變生效日期之前 (以較晚者為準) 要求舉行聽證會。州政府必須在標準聽證會申請日起 90 天內, 以及在加急聽證會申請日起 3 天內作出決定。BHP 應在收到駁斥 BHP ABD 之通知之日起 72 小時內立即授權或提供爭議服務。您可以致電 1(800) 952-5253 或使用文字電話撥打 1 (800) 952-8349、前往網站 <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> 或寫信到以下地址來申請州聽證會: California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430。

## 病患權利

與強制治療 5150, 5250 留院和監護有關的問題係透過現有的法律救濟措施 (如患者權利) 進行處理, 而不是透過申訴或上訴程序處理。聯絡病患權利律師組織: 1 (800) 734-2504 或 (510) 835-2505。

### 範例:

- 如果您受到多項限制, 同時您認為醫療機構在限制您時並沒有正當理由。
- 如果您並非依照自己的意願住院, 而且也不了解具體原因或是自己有何選擇。提出病患權利申訴的管道
- 撥打 (800) 734-2504 聯絡病患權利律師組織。您 24 小時均可撥打這個號碼, 下班時間則請透過答錄機留言。接受對方付費通話。

如需了解更多受益人問題解決程序的詳細資訊, 請向您的醫療機構索取 *Medi-Cal 心理健康服務指南* 或 *Drug Medi-Cal 服務指南*, 該指南內容在本資料包的第 2-3 頁將有說明。若有任何問題或需要填寫表格方面的協助, 請尋求您的醫療機構協助或致電: 消費者協助中心: t 1(800) 779-0787

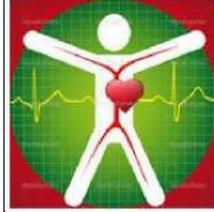
可致電消費者協助中心專線 1 (800) 779-0787 取得有關受益人問題解決程序和語言協助。

**事前指示資訊：**  
**「您做出醫療決策的權利」**

( 僅適用年滿 18 歲以上病患 )

醫療機構：「您做出醫療決策的權利」有各種語言版本，可於

[http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa\\_manual/10-7 ADVANCE DIRECTIVE BOOKLET.pdf](http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7%20ADVANCE%20DIRECTIVE%20BOOKLET.pdf) 取得。



如果您已經年滿 18 歲，根據聯邦法及州法的規定，「行為健康計劃」必須通知有關您的權利資訊，以便您做出健康照顧的決定，以及您現在如何規劃您的醫療照顧，假使您未來無法為自己決定。現在就進行規劃有助於確保您的個人意願與偏好能夠傳達至需要了解的醫療人員。此過程稱為建立「事前指示」。

在您提出要求之後，您將獲得有關「事前提示」的資訊，其名稱為「您做出醫療決策的權利」。該資訊中包含建立「事前指示」的重要性；在您決定建立「事前指示」應該考慮哪些事情；以及相關的州法規定。您並不一定要建立「事前指示」，但是我們鼓勵您了解並解決建立「事前指示」的相關問題。阿拉美達郡 BHCS 醫療機構與相關人員在此建立過程中都會提供支援，但是並無法替您建立「事前指示」。我們希望這份資訊能夠幫助您了解如何對於自己的治療有更多的自主權。任何阿拉美達郡 BHCS 醫療機構所提供的照護將不會因為您是否建立「事前指示」而有所不同。如果您對於「事前指示」的規定有任何意見，請致電 1-800-779-0787 聯絡消費者協助中心。



**隱私權慣例通知**  
**醫療保險責任法案 (HIPAA) 和**  
**經濟與臨床健康資訊科技 (HITECH) 法案**

**本通知將說明我們如何使用  
和披露您的相關健康資訊，以及您可如何存取此資訊。  
請仔細閱讀。**

若您對本通知有任何疑問，請聯絡您的醫療保健機構或適當的阿拉米達郡醫療保健服務機構部門：

行政和健康部：(510) 618-3452  
行為醫療保健服務、消費者援助辦公室：(800)779-0787  
公共衛生部主任辦公室：(510) 267-8000  
環境健康部：(510) 567-6700

**本通知目的**

本通知將說明有關阿拉米達郡醫療保健服務機構 (ACHCSA)、其部門和計劃，以及為您提供醫療保健服務的相關人員等隱私權慣例。這些人員是醫療保健專業人員以及阿拉米達郡授權的其他人員，他們可存取您的健康資訊，以向您提供相關服務或遵守州和聯邦法律。

醫療保健專業人員和其他人員包括：

- 生理醫療保健專業人員（如醫師、護士、技術員、醫學生）；
- 行為醫療保健專業人員（如精神科醫師、心理學家、執業臨床社工、婚姻和家庭治療師、精神病學技術員、註冊護士、實習生）；
- 在此機構負責照顧您或與此機構合作為其客戶提供照顧服務的其他人員，包括 ACHCSA 的員工、工作人員，以及其他履行醫療保健相關服務或職能的人員。

這些人員可能會彼此分享您的健康資訊，以及基於治療、付款或醫療保健業務等目的而與其他醫療保健機構分享您的健康資訊，並出於本通知所述的其他原因與其他人員分享您的健康資訊。

**我們的職責**

您的健康資訊為機密資料，且受某些法律保護。我們有責任按照這些法律要求保護此資訊，並向您提供本通知，以說明我們的法律義務和隱私權慣例。遵守當前有效的本通知條款亦是我們的責任。本通知將：

- 確定無需您事先書面核准即可能發生的使用和披露資訊類型。

- 確定您將有機會同意或不同意使用或披露您相關資訊的情況。
- 通知您僅在您向我們提供書面授權時才會進行資訊的其他披露行為。
- 通知您有關個人健康資訊的權利。

### **我們如何使用和披露您的健康資訊**

健康資訊的使用和披露類型可以分為數個類別。以下為這些類別說明和一些範例。此處並未列出所有使用和披露類型，但所有使用和披露均可歸類於其中一個類別。

- **治療。**我們可能會使用或分享您的健康資訊，以便為您提供醫療或其他健康服務。「醫療」一詞包括生理醫療保健治療以及您可能會接受的「行為醫療保健服務」（心理健康服務和酒精或其他藥物治療服務）。例如，有執照的臨床醫師可能會安排精神科醫師為您檢查可能使用的藥物，並可能與精神科醫師討論其對治療的見解。或者，我們其中一位職員可能會為您準備進行化驗工作，或取得轉診許可轉介至單位外醫生作身體檢查。若您從其他醫療機構處獲得醫療保健服務，我們亦可能將您的健康資訊披露予新醫療機構以進行治療。
- **付款。**我們可能會使用或分享您的健康資訊，以便向您或者保險公司或第三方收費，以支付我們為您提供的治療和服務費用。例如，我們可能需要提供有關您在此處接受之治療或諮詢的健康計劃資訊，以便其向我們支付或償還您服務費用。我們亦可能會告知他們關於我們計劃提供的治療或服務，以取得事先核准或確定您的計劃是否將涵蓋治療。若您從其他醫療機構處獲得醫療保健服務，我們亦可能將您的健康資訊披露予新醫療機構以進行付款。
- **醫療保健業務。**我們可能會使用和披露關於您的健康資訊以執行我們的工作。我們可能會將您健康資訊的有限部分與阿拉米達郡相關部門分享，但僅限於履行支援我們醫療保健業務的重要職能所需的範圍。使用和披露這些資訊對於醫療保健服務機構的行政運作是必要的，並能確保我們所有的客戶均受到優質的照護。例如，我們可能會使用您的健康資訊：
  - 審查我們的治療和服務，並評估工作人員對您照護的績效表現。
  - 協助決定我們應提供哪些額外的服務、不需要哪些服務，以及某些新治療是否有效。
  - 審查或瞭解醫師、護士、臨床醫師、技術人員、其他醫務人員、學生、實習生和其他機構工作人員的活動。
  - 協助我們進行財務管理並遵守法律。

若您從其他醫療機構處獲得醫療保健服務，我們亦可能將您的健康資訊披露予新醫療機構以進行某些醫療保健業務。此外，我們可能會從這些健康資訊中移除可識別您身分的資訊，以便其他人可使用此健康資訊來研究醫療保健和醫療保健服務，而無需瞭解特定患者的身分。

- 我們亦可能會與其他參與「組織型醫療保健安排」(OHCA) 的醫療保健機構、醫療保健資訊交換所和健康計劃分享關於您的醫療資訊，以用於任何 OHCA 醫療保健業務。OHCA 包括醫院、醫師組織、健康計劃和其他合力提供醫療保健服務的實體。您可從 ACCESS 取得我們所參與的 OHCA 清單。
- **簽到表。**我們可能會在您抵達我們的辦公室時請您簽到，以使用並披露您的醫療資訊。當我們準備好與您會面時，我們亦可能會呼叫您的姓名。

**家屬通知與通訊。**我們可能會透露您的健康資訊，以將您的位置、一般狀況或您已死亡（除非您另有指示）等資訊通知或協助通知您的家人、個人代表或其他負責照護的人員。發生災難時，我們可能會向救援組織披露資訊，以便其協調這些通知工作。我們也可能向您的照護人員或協助支付照護費用的人員透露資訊。若您能夠並可以表示同意或反對，我們會在進行這些披露之前讓您有機會提出反對意見，但若我們認為有必要對緊急情況作出回應，即使您反對，我們也可能在災難發生時披露此資訊。若您無法表示同意或反對，我們的健康專業人員將做出良好的判斷與您的家人和其他人員溝通。

## **我們不需讓您有機會表示同意或反對的披露。**

除上述情況外，法律亦允許我們在未事先經您許可的情況下，分享您的健康資訊。接下來將介紹這些情況。

- **依法律要求。**我們會在聯邦、州或當地法律要求時披露您的健康資訊。例如，可能需要向美國衛生及公共服務部披露資訊，以確保您的權利未遭受侵犯。
- **涉嫌虐待或疏於看管。**若與涉嫌兒童、老年人或無自理能力的成人虐待或疏於看管等罪行有關，或者，若您不是未成年人，或是虐待、疏於看管或家庭暴力的受害者，而您同意披露或我們獲法律授權披露此資訊，且認為披露是必要行為，以防止對您或他人造成嚴重傷害，我們即會將您的健康資訊披露予相關機構。
- **公共衛生風險。**我們可能會披露您的健康資訊以執行公共衛生活動。這些活動通常包括以下內容：
  - 預防或控制疾病、傷害或殘疾；
  - 報告出生和死亡；
  - 報告藥物反應或產品問題；
  - 通知人們召回他們可能將使用的產品；
  - 通知可能已接觸過某種疾病或可能感染或傳播疾病或病症的人。
- **健康監督活動。**我們可能會將健康資訊透露給健康監督機構以執行法律授權的活動。這些監督活動包括審計、調查、檢查和許可證核發等。這些活動對於政府監督醫療保健體系、政府計劃和遵守公民權利法是必要的。
- **司法和行政訴訟。**在任何行政或司法程序中且在法院或行政命令明確授權的範圍內，我們可能並且有時需依法披露您的個人健康資訊。若已做出合理的努力來通知您該請求而您並未提出異議，或者，若您的異議已由法庭或行政機構解決，我們也可能會根據傳票、舉證請求書或其他合法程序披露您的資訊。
- **法律執行。**若執法官員要求，我們可能會發布健康資訊：
  - 回應法院命令或類似指令。
  - 識別或尋找嫌疑人、證人、失蹤者等。
  - 向執法機構提供有關犯罪受害者的資訊。
  - 報告發生在我們設施或員工身上的犯罪活動或威脅。
- **驗屍官、法醫師和殯葬主管。**我們可能會將健康資訊發布給驗屍官或法醫師。例如，這可能是識別死者或確定死亡原因的必要條件。我們亦可能會在設施中發布關於患者的健康資訊，以協助殯葬主管履行職責。
- **器官或組織捐贈。**若您是器官捐獻者，我們可能會向處理器官捐贈或移植的組織發布醫療資訊。
- **研究。**在某些有限的情況下，我們可能會使用或披露您的資訊以用於研究目的。
- **避免對健康或安全造成嚴重威脅。**我們可能會在必要時使用和披露您的健康資訊，以防止對您的健康和 safety 造成嚴重威脅，或對公眾或他人的健康和 safety 造成嚴重威脅。然而，任何披露將僅會對我們認為能夠防止威脅或傷害發生的人員進行。
- **針對特殊政府職能。**我們可能會使用或披露您的健康資訊，以協助政府履行與您有關的職能。下列情況下，我們可能會披露您的健康資訊：
  - (i) 若您是武裝部隊的成員，資訊將披露予軍事指揮當局，以協助執行軍事任務；
  - (ii) 資訊將披露予授權的聯邦官員，以執行國家安全活動；
  - (iii) 資訊將披露予授權的聯邦官員，以向總統或其他人員提供保護服務或進行法律許可的調查；
  - (iv) 若您在監獄中，基於醫療保健、健康和 safety 目的，資訊將披露予懲教機構；
  - (v) 依法律允許，資

訊將披露予工人補償計劃；(vi) 資訊將披露予政府執法機構，以保護聯邦和州選任憲政官員及其家屬；(vii) 資訊將披露予加洲司法部，以用於轉移和識別某些犯罪病患，或是不得購買、擁有或控制槍支或致命武器的人士；(viii) 資訊將披露予參議院或大會規則委員會，以用於立法調查目的；(ix) 根據法律要求，資訊將披露予全州保護和宣傳組織和郡患者權利辦公室，以進行某些調查。

- **其他特殊資訊類別。如適用。** 特定的法律要求可能適用於某些資訊類別的使用或披露，例如對人體免疫缺陷病毒 (HIV) 的測試或對酒精和藥物濫用的治療與服務。此外，針對您所接受的任何一般醫療（非精神健康）照護，有些不同的規定可能適用於與其相關的醫療資訊的使用和披露。
- **心理治療筆記。如適用。** 心理治療筆記是指由醫療保健機構記錄的筆記（以任何媒體形式記錄），該醫療機構是精神健康專業人士，在私人諮詢會議或團體、聯合會或家庭諮詢會議期間記錄或分析對話內容，且此資料會與個人病歷的其餘部分分開。心理治療筆記不包括藥物處方和監測、諮詢會議開始和停止時間、提供治療的方式和頻率、臨床測試結果，以及下列項目的任何總結：診斷、功能狀態、治療計劃、症狀、預後和迄今取得的進展。

根據法律的要求或在下列情況下，我們可能會使用或披露您的心理治療筆記：

- 供筆記的創作者使用
- 在學生、受訓人員或從業人員的監督精神健康培訓計劃中
- 由此醫療機構為個人提起的法律訴訟或其他訴訟辯護
- 防止或減輕對個人或公眾的健康或安全造成嚴重和迫切威脅
- 用於對心理治療筆記創作者的健康監督
- 使用或披露予驗屍官或法醫師，以報告病患的死亡
- 進行必要的使用或披露，以防止或減輕對個人或公眾的健康或安全造成嚴重和迫切威脅
- 在調查過程中或依法律要求，使用或披露予您或 DHHS 部長。
- 在您死亡後，披露予驗屍官或法醫師。如果您撤銷使用或披露心理治療筆記的授權，我們將停止使用或披露這些筆記。

- **所有權變更。如適用。** 若此慣例/計劃遭出售或與其他組織合併，您的個人健康資訊/記錄將成為新所有者的財產，但您仍有權要求將您的個人健康資訊的副本轉移給另一個作法/計劃。

### **僅在您有機會同意或反對之後才可披露。**

有些情況下，除非我們已與您討論過（若可能）且您並未反對此類分享，否則我們將不會分享您的健康資訊。這些情況如下：

- **病患目錄。** 我們會保存一份記錄病患姓名、健康狀況、治療地點等資訊的目錄，以便向神職人員或以您的名義向我們詢問相關狀況的人士披露，而我們將會先向您諮詢此類資訊是否可與這些人分享。
- **參與您的照護或支付照護費用的人員。** 我們可能會向您的親屬、摯友或您指定為與您的醫療保健有關（或為醫療保健付款）的其他人員披露與此人有關的健康資訊。例如，若您要求家人或朋友在藥局為您領藥，我們可能會告訴該人員藥物的內容及何時可領取藥物。此外，若您不反對，我們可能會將您的位置和醫療狀況通知家人（或其他負責照護的人員）。
- **與您通訊中的披露。** 在我們將分享您的健康資訊時，我們可能會與您聯絡。例如，我們可能會使用並披露健康資訊以與您聯絡，提醒您在此處的預約治療，或向您說明或建議您可能感興趣的可能治療方案或替代方案。我們可能會使用和披露您的健康資訊，向您說明您可能感興趣的健康相關福利或服務。我們可能會聯絡您以說明關於我們的籌款活動。
- **健康資訊的其他用途。** 本通知或適用法律未涵蓋的其他健康資訊使用和披露將僅會在取得您書面許可的情況下進行。若您允許我們使用或披露您的相關健康資訊，您可隨時以書面形式撤銷此許可。若您撤銷許可，我們將針對書面授權所涵蓋的原因，不再使用或披露您的健康資訊。

您瞭解我們無法收回我們已獲得您許可的任何披露資訊，且我們需保留我們已提供給您的照護相關記錄。

## **關於您的健康資訊的權利**

針對我們所維護的您的相關健康資訊，您具有以下權利：

- **違規通知。**若出現違反未確實受保護之個人健康資訊的情況，我們將會依法律要求通知您。若您向我們提供了目前的電子郵件地址，我們可能會使用電子郵件來傳達與違規相關的資訊。在某些情況下，我們的業務夥伴可能會提供通知。我們也可以視情況透過其他方法提供通知。  
[註：電子郵件通知僅在我們確定其內容不包含 PHI 且不會披露不適當的資訊時才會使用。例如，若我們的電子郵件地址是 "[digestivediseaseassociates.com](http://digestivediseaseassociates.com)"，而在使用此地址傳送的電子郵件遭攔截時，則可能會識別病患身分及其病情。
- **檢查和複製的權利。**您有權檢查並複製此健康資訊。這通常包括醫療和帳單記錄，但可能不包括某些精神健康資訊。適用某些限制：
  - 您必須以書面形式提交您的請求。我們可為您提供適用的表格以及關於如何提交的說明。
  - 若您申請影本，我們可能會收取與您的請求相關的影印、郵寄或其他耗材的合理費用。
  - 您應會在 10 個工作日內收到與此申請相關的通知。
  - 在某些情況下，我們可能會拒絕您的請求。若您遭拒絕存取健康資訊，您可要求根據法律規定對拒絕程序進行審核。
  - 若我們拒絕您存取心理治療筆記的請求，您將有權將其轉讓給另一位精神健康專業人士。
- **修訂的權利。**若您認為我們所持有的您的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們修訂資訊。若我們確定現有資訊具有準確性和完整性，則不需進行修訂。我們無需從您的記錄中移除資訊。若出現錯誤，我們將透過新增澄清或補充資訊等方式進行更正。只要資訊由設施保存或為設施保存，您便有權要求修訂。適用某些限制：
  - 您必須以書面形式提交修訂請求。我們可為您提供適用的表格以及關於如何提交的說明。
  - 您必須提供支援您請求的理由。
  - 若您未以書面形式提交或未附上支持請求的理由，我們可能會拒絕您的修訂請求。此外，若您要求我們修訂以下資訊，我們可能會拒絕您的請求：
    - 非由我們建立，除非資訊的建立者無法再進行修訂；
    - 不屬於由設施保存或為設施保存的健康資訊；
    - 不屬於

您獲允許檢查或複製的資訊。即使我們拒絕您的修訂請求，您仍有權就您的記錄中任何您認為不完整或不正確的項目或聲明提交書面附錄。若您明確地以書面形式表明您希望將附錄納入健康記錄，我們即會將其附加到您的記錄中，並在我們披露您認為不完整或不正確的項目或聲明時加入。

- **請求特殊隱私保護的權利。**針對我們使用或披露以用於治療、付款或醫療保健業務的健康資訊，您有權要求限制。針對我們披露予參與相關照護或照護付款的人員（如家人或朋友）的健康資訊，您亦有權要求限制。例如，您可要求我們不能向您的親友使用或披露任何關於診斷或治療的資訊。  
若我們同意您的要求，以限制我們如何將您的資訊用於治療、付款或醫療保健業務，我們將會遵守您的請求，除非需要提供資訊以為您提供緊急治療。若要申請限制，您必須以書面形式向醫療機構提出您的申請。根據您的請求，您必須告訴我們您想限制的資訊，無論您是要限制我們的使用或披露（或兩者），或是您希望限制適用的對象。  
若您告知我們不能向您的健康計劃披露有關您全額自費的精神醫療保健項目或服務等資訊，我們將遵守您的請求，除非我們因治療或法律原因必須披露該資訊。我們保留接受或拒絕任何其他請求的權利，並將會通知您我們的決定。

- **要求機密通訊的權利。** 您有權要求我們以某種方式或於某個地點與您就醫療事宜進行溝通，例如，您可以要求我們僅在工作時或透過郵件與您聯絡。若要申請機密通訊，您必須以書面形式向醫療機構提出申請。我們不會要求您提供申請的理由。我們將滿足所有合理的申請。您的申請必須指定您希望與您聯絡的方式或地點。
- **獲得紙本通知的權利。** 您有權獲得本通知的紙質版本。您可以隨時要求我們提供此通知的副本。即使您同意以電子方式接收此通知，您仍有權獲得本通知的紙質副本。您可從您的醫療機構或任何上述引用的計劃中獲得此通知的副本。
- **披露會計處理的權利。** 您有權要求「披露的會計處理」。這是在您申請會計處理日期之前六(6)年內我們所披露有關您的健康資訊的清單。會計處理將不包括：
  - 治療、付款或醫療保健業務所需的披露。
  - 我們對您所做的披露。
  - 僅為附帶於其他允許或要求之披露的披露。
  - 在您的書面授權下所進行的披露。
  - 法律允許或要求的某些其他披露。

若要申請此清單或對披露進行會計處理，您必須以書面形式提交您的請求。我們可為您提供適用的表格以及關於如何提交的說明。您的要求必須指定會計期間，該期間不得超過六(6)年，且不得包括 2003 年 4 月 14 日之前的日期。您的要求應指明您想要的清單形式（例如紙本或電子形式）。您在 12 個月內申請的第一份清單將免費提供。如需額外的清單，我們可能會向您收取提供清單的費用。我們會通知您相關的費用，您可選擇在收取費用之前撤回或修改您的申請。

此外，若您的健康資訊遭非法存取或披露，我們將須依法律要求通知您。

### **本通知的變更**

我們保留變更本通知的權利。針對我們已掌握到關於您的健康資訊以及我們將來所收到的任何資訊，我們保留使修改或變更通知生效的權利。我們將在我們的設施和醫療機構網站上發佈目前通知的副本。若隱私權作法通知有所變更，或您在新服務網站註冊，您將會收到一份新通知。

### **投訴**

醫療保健服務機構內的所有計劃均致力於保護您個人健康資訊的隱私。倘若您認為您的隱私權受到侵犯，您可向您認為發生違規行為的部門提出投訴。我們將會及時調查您的主張，並在必要時採取糾正措施。

所有的投訴均須以書面的形式提交。您不會因提出投訴而受到懲罰。您可透過以下聯絡方式取得表格副本和提交投訴的相關說明：

行為 醫療保健 服務	環境健康部	行政 和健康部	公共衛生部門
消費者 援助辦公室 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	主任辦公室 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	主任辦公室 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	主任 辦公室 ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5 <sup>th</sup> Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

您也可以向美國衛生及公共服務部提出投訴。該部門將要求 HCSA 調查投訴，因此解決您的投訴可能會比直接聯絡上述地址的 HCSA 花費更長的時間。向美國衛生及公共服務部部長提出投訴，請聯絡：

**民權辦公室**  
**美國衛生及公共服務部**  
 50 United Nations Plaza, Room 322  
 San Francisco, CA 94102  
 (415) 437-8310 ; (415) 437-8311 (TDD)  
 (415) 437-8329 傳真：  
 網站：[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

**42 CFR 第 2 部分資訊通知：  
 有關藥物和酒精患者的資訊披露  
 請仔細閱讀。**

*( 僅適用於接受物質使用治療服務的受益人 )*

**42 CFR 第 2 部分：**有關您的醫療保健的一般資訊，包括醫療保健支付，均受聯邦法律和法規的保護，包括 1996 年的健康保險流通與責任法案 (“HIPAA”)、42 U.S.C. § 1320d et seq、45 C.F.R. 第 160 和 164 部分，以及保密法、42 U.S.C. § 290dd-2 和 42 C.F.R. 第 2 部分。在這些法律與法規規定之下，您的物質使用障礙 (“SUD”) 治療記錄保密法保護與任何聯邦政府援助計劃或與物質濫用教育、預防訓練、治療康復或研究相關活動的身份、診斷、預後或治療記錄的機密性。除非聯邦法律允許，否則醫療機構不得向計劃外的人員說明您參加該計劃，也不得向醫療機構披露任何識別您為酒精或藥物治療患者的資訊，或披露任何其他受保護的資訊。

為付款目的，醫療機構必須事先獲得您的書面同意才能披露有關您的資訊。例如，醫療機構必須事先獲得您的書面同意才能向您的健康保險公司披露資訊，以便獲得服務費用。醫療機構還必須事先獲得您的書面同意才能銷售有關您的資訊或披露有關您的資訊用於行銷目的。一般來說，在醫療機構為治療目的或因為醫療保健作業需要而分享資訊之前，您也必須簽署書面同意書。雖然醫療機構一般不得披露可直接或間接將客戶披露為 SUD 客戶的資訊，但聯邦法律和法規允許醫療機構在未經您書面許可的情況下披露資訊，其中可能包括：

1. 當客戶對自己或他人構成危險時；
2. 當客戶面臨危險或威脅傷害他人時；

3. 當客戶嚴重殘疾且無法就其治療需要作出合理決定時；
4. 當客戶對兒童有虐待或疏於照顧嫌疑時；
5. 當客戶對老人有虐待嫌疑時；
6. 當客戶處於緊急醫療狀況且無法授與許可時；
7. 當客戶資訊用於品質考核時；
8. 根據與合格服務機構 (QSO) 達成的協議，例如記錄保存、會計或其他專業服務；及
9. 供認證機構和發照機構審查。

受 42 CFR 第 2 部分規定的計劃若違反聯邦法律和法規係屬犯罪行為，涉嫌之違規行為將向有關當局檢舉，包括加州北部地區的美國檢察官 (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) 和加州醫療保健服務部 (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 953897413)。

在醫療機構以上述未說明的方式或適用法律或法規允許的方式 (例如，42 CFR 第 2 部分) 使用或披露有關您健康的任何資訊之前，必須先獲得您的特定書面同意，允許此等披露。您得經由口頭或書面形式撤銷任何此類書面同意。

**醫療機構職責：**法律規定醫療機構得維護您健康和 SUD 資訊的隱私，並向您提供有關您健康資訊的法律義務和隱私慣例通知。法律規定醫療機構遵守本通知的條款，並對其維護的所有受保護健康資訊制定新的通知條款。修訂和更新通知將在治療期間提供給個人，並將公告在大廳的公佈欄。

**申訴和檢舉違規行為：**如果您對與服務相關的任何事項 (包括保密問題) 不滿意或在與您的醫療機構溝通問題時感到不舒服，您可以致電 1 (800) 779-0787 聯絡消費者協助中心。如需詳細資訊，請參閱此資料包中第 4-5 頁的「受益人問題解決流程」。

## 阿拉米達郡行為醫療保健服務

受益人姓名：	計劃名稱：	
生日：	住院日期：	RU 編號 (若有)：
INSYST 編號：		

### 通知資料 -- 您的權利與責任 確認簽收

#### 同意服務

正如本資料包的首頁所述，您在下方簽名即代表您同意透過本醫療機構接受志願行為健康護理服務。如果您是受益人的法律代表，您的簽名即表示同意。

#### 通知資料

您的簽名亦代表已經透過您能理解的語言或方式與您討論過下面所標示的資料，以及我們已向您提供「通知資料」資料包供您留存，並且您同意勾選的指南和醫療機構名單提供方式。您隨時可以再次要求我們提供資料的說明和/或副本。

初次通知：請在以下方塊中勾選我們在您住院或任何其他時間與您討論過的資料。

- 同意服務
- 自由選擇
- 保密和隱私
- 維護友好與安全的環境 (並非州政府所規定的通知資料)
- 「Medi-Cal 心理健康服務指南」或「Drug Medi-Cal 服務指南」  
提供方式： 網站  透過電子郵件寄送電子副本  紙質版本
- 阿拉美達郡行為健康計劃的醫療機構名單  
提供方式： 網站  透過電子郵件寄送電子副本  紙質版本
- 受益人問題解決資訊
- 事前指示資訊 (年滿 18 歲以及當客戶將要 18 歲時)  
您是否曾經建立過「事前指示」？ 是  否  
如果答案為是，我們能否取得影本作為記錄？ 是  否  
如果答案為否，我們能否在建立「事前指示」上提供支援？ 是  否
- 隱私慣例通知 – HIPAA 和 HITECH
- 資訊通知 42 CFR 第 2 部分：有關藥物和酒精患者的資訊披露 (僅適用接受物質使用治療服務的客戶)

受益人簽名： (或法律代表，如果適用的話)	日期：
見證醫師/醫療人員姓名首字母：	日期：
寄送指南和醫療機構名單的電子郵件地址 (如果適用)：	

**年度通知：**每年，您的醫療機構必須提醒您上述所列資料已可供檢閱。請在下面方塊中簽上姓名首字母與日期，以記錄收到通知的日期。

姓名首字母與日期：	姓名首字母與日期：	姓名首字母與日期：	姓名首字母與日期：
-----------	-----------	-----------	-----------

每年使用一個方塊（請參見上方）簽上**受益人**的姓名首字母與日期（或是他們的法律代表）。

**醫療機構指示：**

- ❖ **初次通知：**以受益人（或是其法律代表）偏好的語言或溝通方式討論資料包中每個相關項目。填寫完成上一頁上方的身份資訊方塊。標示相關的核取方塊，指出討論過/已提供的項目。要求受益人在適當的方塊中簽名並註明日期。醫療機構人員在適當方塊中填寫姓名首字母並註明日期。將其餘的通知資料包交給受益人留存。請提交圖表中的簽名頁。
- ❖ **年度通知：**提醒受益人所有可供檢閱的資料，並且告知應要求，可檢閱任何資料。在提供的方塊中填寫適當的姓名首字母和日期。
- ❖ 所有基本語言的資料包以及詳細說明的資料表均可透過 [www.acbhcs.org/providers](http://www.acbhcs.org/providers) 的 QA 標籤取得。