

通知材料 - 权利与责任

欢迎加入阿拉米达县行为医疗计划

欢迎！作为阿拉米达县行为医疗计划 (BHP) 成员（受益人），在您向此提供商申请获得行为医疗服务，我们要求您仔细阅读此通知材料文件包，以明确您的权利和责任。阿拉米达县的 BHP 包括本县心理健康计划提供的心理健康服务以及本县 SUD 组织服务系统提供的药物滥用疾患 (SUD) 治疗服务；您可以仅接受一种或者两种服务。

提供商名称：

接待您加入相关服务的人员将与您一起查看这些材料。您可以将提供的此文件包带回家并在方便时查看，另外，**将要求您在此文件包的最后一页签名，以说明讨论的内容并确认您已收到相应材料。**您的提供商将保留原始签名页。另外，服务提供商还需要每年就此文件包中某些信息的可用性予您通知，此文件包中最后一页留有一定的空间，用以标注通知希望收到这些通知的时间。

此文件包中包含许多信息，请务必认真阅读，如有任何问题请随时询问！知晓并理解您的权利和责任有助于您得到应有的治疗。

服务同意



作为本行为医疗计划 (BHP) 的成员，在此文件包的最后一页签名即表示您同意自愿参加由此提供商提供的行为医疗保健服务。如果您是本 BHP 受益人的授权代表，您的签名同样起到同意作用。

另外，您同意使用相关服务即表示此提供商有责任就治疗建议通知您，让您在知晓且理解的基础上做出加入计划的决定，这样做十分有意义。您不但有权随时终止服务，而且有权拒绝使用任何建议、行为医疗干预或治疗程序。

此提供商可能需要您签署其他同意书，其中更加详细地说明您可能获得的服务类型。这些服务包括但不限于评测、评估、个人咨询、分组咨询、危机干预、心理治疗、病例管理、康复服务、药物服务、药物辅助治疗、转诊给其他行为医疗专业机构以及代表您向其他专业机构进行咨询。

专业服务提供商包括但不限于医师、注册护士从业人员、医师助理、婚姻和家庭治疗专家、临床社工 (LCSW)、专业临床辅导员、心理学家、注册员工以及认证的同行专家。如果为您提供服务的提供商不是持有执照的专业人员（例如，实习学生或注册员工），您的服务提供商必须就这一点以书面形式通知您。所有未持有执照的专业人员必须由持有执照的专业人员进行监督。

自由选择



在您参与行为医疗计划期间，我们有责任告知您接受我们服务的所有人员（包括未成年人和未成年人的授权代表）应知悉以下事项：

- A. 接受和参与行为医疗行动为自愿行为；并不作为享受其他社区服务的要求。
- B. 您有权申请使用 **Medi-Cal** 赞助的其他行为医疗服务，而且有权申请*变更提供商和/或员工。
- C. 行为医疗计划与社区内众多提供商签约，其中可能包括基于信仰的提供商。接受联邦资金且基于信仰的提供商必须遵守适用法律的监督，包括他们必须为所有符合条件的成员（不考虑宗教信仰）提供服务，而且联邦资金不得用于支持宗教活动（例如礼拜、宗教教育或试图吸引成员加入宗教）。如果您被转诊给基于信仰的提供商，但您由于该提供商的宗教性质而不同意接受其服务，您有权提出转至其他提供商的申请*。

***BHP** 会与成员及其家人合作以满足所有合理申请，但我们不保证能够满足所有更换提供商的申请。但是，我们会批准因不同意提供商的宗教性质而提出的申请。

自由选择



在参与我们治疗服务的过程中，您的健康信息的保密和隐私是您的重要个人权利。此文件包中包括一份“隐私惯例告知书”，其中说明阿拉米达县行为医疗保健服务将如何对您的治疗记录和个人信息进行保密、使用和披露，以及您如何能够访问相关信息。如果您正在接受药物滥用疾患 (SUD) 治疗服务，则此文件包还包含一份“**42 CFR 第 2 部分**信息告知书 - 有关药物和酒精患者信息披露”。您的提供商必须为您提供有关您保密和隐私权利的信息。

在涉及您的安全或他人安全的某些情况下，虽然提供商通常不得披露直接或间接将您识别为接受 SUD 服务的受益人的身份信息，但法律规定提供商须与行为医疗保健服务系统以外的人员讨论您的病例。

这些情况包括：

1. 如果您威胁伤害其他人，则必须通知对方和/或警察。
2. 您对自身的健康和安全构成严重威胁（视情况而定）。
3. 必须向相关州或当地执法机构报告所有疑似儿童虐待的情况。
4. 必须向相关州或当地执法机构报告所有疑似老年人/自理能力的成人虐待的情况。
5. 如果法庭命令我们公开您的记录，我们必须按要求行事。
6. 患者在药物滥用治疗提供商的场地或对其员工犯罪；这类报告不受保护。

如果您对上述保密限制有任何问题，请向负责为您解释这些材料的人员提出。此文件包的“隐私惯例告知书”以及“42 CFR 第 2 部分信息告知书 - 有关药物和酒精患者信息披露”部分中给出有关以上及其他保密限制的更多信息。

保持场所的安全友好气氛



我们必须让每一位成员切实感受到，我们欢迎他们前来参加治疗。我们最重要的工作就是帮助您确定您选择了正确的机构，而且我们会逐渐了解您并帮助您拥有快乐且丰富的生活。如果我们的任何行为让您感觉到不受欢迎、不安全或不受尊重，请告知我们。

保持我们服务场所环境的安全友好气氛，这同样非常重要。如果我们的服务环境发生的任何事情让您感到不安全，我们希望您能告知我们，我们会努力解决。

我们保证安全的一个方法是制定规则，要求所有人（提供商和成员）表现安全且尊重他人的行为。这些规则如下所示：

- ✓ 采用安全的行为方式对待自己和他
人。
- ✓ 与他人谈话时谦虚有礼。
- ✓ 尊重他人和此服务场所的财产。
- ✓ 不携带任何种类的武器。
- ✓ 尊重他人的隐私。
- ✓ 禁止在场所内销售、使用和分发酒精、药物、尼古丁/烟草产品和电子烟。

为保证给所有人打造热情友好的场所，如果有人故意做出不安全的行为，可能会被要求离开机构，服务可能会被暂时或完全终止以及在必要时提起法律诉讼。因此，如果您认为自己可能无法遵守这些规则，请告知您的提供商。我们会努力通过让您和您周围的人员感到安全的方式，让您安心无忧。

感谢与我们共同努力遵守这些规则的所有人

Medi-Cal 心理健康服务指南、 Medi-Cal 药物服务指南和提供商目录

指南和提供商目录（每月更新）的在线版本可通过以下地址获取：
www.acbhcs.org 或您可以按下文所述申请获取



在您开始服务时，将为您提供行为医疗计划 (BHP) 受益人手册、**Medi-Cal 心理健康服务指南**或**Medi-Cal 药物服务指南**。其中包括受益人获得服务的条件、提供的具体服务以及如何获得这些服务、服务提供商的身份，以及有关您的权利及投诉、上诉和州事务听证程序的更多信息。上述指南还包括行为医疗计划相关的重要电话号码。

提供商目录是我们社区提供行为医疗服务的各县以及各县签约的提供商名单；每月更新一次。如需为非紧急的门诊心理健康服务转诊或需要了解有关提供商目录的更多信息，请致电以下号码联系 ACCESS 计划：1-800-4919099；代表将通知您心理健康提供商目前是否有空缺。如需为药物滥用治疗服务转诊或需要了解有关提供商目录的更多信息，请致电药物滥用治疗和转诊帮助热线：1-844-682-7215；代表将通知您药物滥用治疗提供商目前是否有空缺。对于听障或语言障碍人士，请致电 711 联系加利福尼亚转接服务，获得与客户服务热线有关的帮助。

上述指南和提供商目录在 BHCS 网站提供：www.acbhcs.org，在收到您的申请后，将通过电子邮件或书面形式免费提供给您。上述指南和提供商目录使用本县入门级语言（英语、西班牙语、粤语、中文普通话、越南语、菲律宾语、韩语和波斯语）以及其他格式提供。

如需指南和提供商目录，致电 ACCESS 热线 1 (800) 491-9099 获得语言帮助。



受益人问题解决信息

确定接收您投诉或上诉的地点

对服务不满意 - 可以就任何问题提出投诉

举例：

- 如果您没有得到需要的服务类型。
- 如果您得到的服务质量较差。
- 如果您受到不公正待遇。
- 如果为您安排的预约时间总是在您不方便的时间。
- 如果设施不干净或不安全。

阿拉米达县 BHCS 投诉渠道：

电话： 1-800-779-0787 BHCS 消费者援助

如需听力或语言帮助，请致电 711 联系加利福尼亚转接服务

美国邮箱： 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

亲到现场： 前往心理健康协会的消费者援助处投诉

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

向提供商求助： 您的提供商可能会在内部解决您投诉的问题或将投诉转交到上述 ACBHCS 渠道。您可以从提供商处获得表格和帮助。

不利福利确定 - 您可以上诉

您可能会收到一份“不利福利确定通知” (NOABD)，以通知您

BHP 为保证您的利益采取的行动。示例：

- 如果您申请的服务被拒绝或受限。
- 如果之前已授权的、您目前正在使用的服务被缩减、暂停或终止。
- 如果 BHP 拒绝为您使用的服务付款。
- 如果没有按时为您提供服务。
- 如果没有在规定的时间内解决您的投诉或上诉。
- 如果您的分摊财务债务的申请被拒绝。

阿拉米达县 BHCS 上诉渠道（仅适用于使用 Medi-Cal 服务的 Medi-Cal 受益人）：

电话： 1-800-779-0787 消费者援助

如需听力或语言帮助，请致电 711 联系加利福尼亚转接服务

美国邮箱： 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

亲到现场： 前往心理健康协会的消费者援助处投诉，地址为 954-60th
Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

如果您已完成 BHP 的上诉流程但对问题解决结果不满意，您有权要求进行**州事务听证**，即加利福尼亚州社会服务部进行的独立审查。每份上诉解决告知书 (NAR) 都包括州事务听证申请；您必须在邮戳日期前的 **120 天内**或 BCP 亲自将 NAR 交给您本人的当天提交申请。无论您是否已收到 NOABD，都可以申请进行州事务听证。为了在等待听证的过程中继续获得相同的服务，您必须 NAR 邮寄或者当面交给您的当天起十 (10) 日内，或者在服务变更生效日期之前申请进行听证，以这两个时间中较晚的时间为准。州必须在标准听证申请日起 90 日内，以及在收到加急听证申请后的 3 日内做出决定。BHP 必须在收到推翻 BHP ABD 的告知后的 72 小时内，迅速授权或提供争议服务。要申请进行州事务听证，可以致电 1(800) 952-5253 或 TTY 1 (800) 952-8349，在线访问 <http://secure.dss.cahw.net.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> 或写信至以下地址：California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430。

患者权利

与非自愿治疗 5150、5250 留院和监督有关的问题，请通过现有的法律补偿措施（如患者权利）而不是通过投诉或上诉流程处理。联系方式
患者权利代讼人：1 (800) 734-2504 或 (510) 835-2505.

示例：

- 如果您受到约束且认为机构没有合理理由这样做。
- 如果您被迫住院，而且您不了解具体原因或者不知道自己有哪些选择。提出患者权利申诉的渠道
- 致电患者权利主张热线 **(800) 734-2504**。这是 24 小时电话（工作时间以后由电话应答机接听）。接受付费电话。

有关受益人问题解决流程的更多详细信息，请向您的提供商索要 **Medi-Cal 心理健康服务指南**或 **Medi-Cal 药物服务指南**（见此文件包的第 2 页和第 3 页）。如在填写表格时遇到问题或需要帮助，请询问您的提供商或致电：**消费者援助 t 1(800) 779-0787**

有关受益人问题解决流程，请致电消费者援助 1 (800) 779-0787 获得语言帮助。

事前指示信息：

“您做出医疗决定的权利”

（仅在您年满 18 周岁或以上时适用）

提供商：“您做出医疗决定的权利”提供多种语言版本，可见于：

[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-ADVANCE-DIRECTIVE-BOOKLET.pdf)。



如果您年满 18 周岁或以上，则根据联邦或州法律规定，行为医疗计划应就您做出医疗保健决策的权利通知您，以及您目前应该对您的医疗进行哪些规划，以备您今后无法表达自己的想法。现在就进行相关规划，有助于确保向需要知晓的人员表达您的个人意愿和偏好。该流程被称作给出事前指示。

在您提出申请后，会为您提供有关事前指示的信息，称作“您做出医疗决定的权利”。其中说明给出事前指示的重要性，您决定给出事前指示时需要考虑的问题以及相关的州法律。您并非必须给出事前指示，但我们建议您了解并解决与其相关的问题。阿拉米达县 BHCS 提供商和员工可以在该流程中为您提供支持，但不能代替您给出事前指示。我们希望上述信息能够帮助您了解如何能够更好地控制您的医疗。任何阿拉米达县 BHCS 提供商为您提供的治疗不会受您是否已给出事前指示的影响。如果您要对事前指示规定提出任何投诉，请致电 1-800-779-0787 与消费者援助联系。



Chuck McKetney

健康和商业数据分析总监, 1000 San Leandro

Blvd., Suite 300 San Leandro, CA 94577

(510) 667-3092

隐私惯例告知书

健康保险携带和责任法案 (HIPAA) 和
卫生信息技术促进经济和临床健康 (HITECH) 法案

本告知书将说明我们会如何使用并披露与您相关的健康信息, 以及您如何获取此类信息。
请仔细阅读。

如对本告知书有任何疑问, 请联系您的医疗保健提供商或相应的阿拉米达县医疗保健服务机构分部:

行政与贫困健康部: (510) 618-3452

行为医疗保健服务、消费者援助办公室: (800)779-0787

公共卫生部主任办公室: (510) 267-8000

环境卫生部: (510) 567-6700

本告知书的目的是

本告知书将说明与阿拉米达县医疗保健服务机构 (ACHCSA)、部门、计划以及向您提供医疗保健服务的相关人员相关的隐私惯例。这些人员是经阿拉米达县授权的医疗保健专业人员以及其他人员, 他们能够获取您的健康信息, 向您提供相关服务或遵守州和联邦法律。

医疗保健专业人员和其他人员包含:

- 生理医疗保健专业人员 (如医师、护士、技术员、医科学生);
- 行为医疗保健专业人员 (如精神科医师、心理学家、执业临床社工、婚姻和家庭治疗专家、精神科技术员、注册护士、实习医生);
- 在此机构负责照顾您或与此机构合作为客户提供照顾服务的其他人员, 包含 ACHCSA 员工、工作人员, 和履行医疗保健相关服务或职能的其他人员。

这些人员会彼此共享您的健康信息, 并且出于治疗、费用或医疗保健运营等目的与其他医疗保健供应商共享健康信息, 并基于本告知书所述其他原因与其他人员共享健康信息。

我们的职责

您的健康信息是机密信息, 并且受特定法律保护。我们有责任遵照这些法律要求, 保护此类信息, 并向您提供本告知书, 说明我们的法律义务和隐私惯例。遵守本告知书现行条款亦是我们的责任。

本告知书将:

- 确定无需您事先书面核准即可使用和披露的信息类型。
- 确定您有机会同意或不同意使用或披露相关信息的情况。
- 通知您只有您向我们提供书面授权时才会进行披露信息的其他情况。
- 通知有关个人健康信息的权利。

我们如何使用和披露您的健康信息

健康信息的使用和披露类型可以分为几种。以下说明是这些类别的解释和示例。此处并未列出所有使用和披露类型，但所有使用和披露均可归为其中某个类别。

- **治疗。**我们会使用或共享您的健康信息，从而向您提供医疗或其他健康服务。“医疗”一词包含您会接受的生理医疗保健治疗以及“行为医疗保健服务”（心理健康服务和酒精或其他药物治疗服务）。例如，有执照的临床医师会安排精神科医师检查可能使用的药物，并可能与精神科医师讨论其对治疗的见解。或者，我们的工作人员会准备订单以在实验室完成工作，或转诊给外部医师进行体检。如果您从其他供应商处获得医疗保健服务，我们还会向新供应商披露健康信息，用于治疗。
- **付款。**我们会使用或共享您的健康信息，以便向您、保险公司或第三方收费，支付我们向您提供的治疗和服务费用。例如，我们可能需要提供有关您在此处接受之治疗或信息的健康计划信息，以便对方向我们支付或偿还您服务费用。我们亦会告知对方关于我们计划提供的治疗或服务内容，以事先获得许可或确定您的计划是否涵盖治疗。如果您从其他供应商处获得医疗保健服务，我们还会向新供应商披露健康信息，用于支付费用。
- **医疗保健运营。**我们会使用并披露关于您的健康信息，用于日常运营。我们将有限的健康信息与阿拉米达县相关部门共享，但仅限于履行支持医疗保健运营的重要职能的所需范围。使用和披露这些信息对于医疗保健服务机构的行政运作是必要的，并能确保我们所有的客户均受到优质的照护。例如，我们可能将您的健康信息用于：
 - 审查我们的治疗和服务，并评估工作人员对您照护的表现。
 - 帮助我们决定应提供哪些其他服务、哪些服务不需要，以及某些新疗法是否有效。
 - 审查或了解医师、护士、临床医师、技术人员、其他医务人员、学生、实习医生和其他机构工作人员的活动。
 - 协助我们进行财务管理并遵守法律。

如果您从其他供应商处获得医疗保健服务，我们还会向新供应商披露健康信息，用于进行其医疗保健运营。此外，我们会从这些健康信息中删除身份识别信息，他人使用此健康信息研究医疗保健和医疗保健服务，而无需了解特定患者身份。

- 我们还会和其他参与“组织有序的医疗安排”(OHCA)的医疗保健供应商、医疗保健信息交换所和健康计划共享关于您的医疗信息，用于所有 OHCA 医疗保健运营。OHCA 包含医院、医师组织、健康计划和其他共同提供医疗保健服务的实体。您可从 ACCESS 取得我们所参与的 OHCA 清单。
- **签到表。**我们可能在您抵达我们办公室时请您签到，从而使用并披露您的医疗信息。当我们准备好与您会面时，我们还会称呼您的名字。

通知您的家人并与其沟通。我们会透露您的健康信息，将您的位置、一般状况或您已死亡（除非您另有指示）等信息通知或协助通知您的家人、个人代表或其他负责照护的人员。在发生灾难时，我们会向救援组织披露信息，以便其协调这些通知工作。我们也可能向您的照护人员或协助支付照护费用的人员透露信息。如果您能够并可以表示同意或反对，我们会在披露之前让您有机会提出反对意见，但如果我们认为有必要对紧急情况作出回应，即使您反对，我们也可能在灾难发生时披露此信息。如果您无法表示同意或反对，我们的健康专业人员将尽最大努力与您的家人和其他人员沟通。

我们无需让您有机会表示同意或反对的披露。

除上述情况外，法律还允许我们在未经您许可的情况下共享您的健康信息。接下来将介绍这些情况。

- **根据法律规定。**我们会在联邦、州或当地法律要求时披露您的健康信息。例如，可能需要向美国卫生及公共服务部披露信息，确保您的权利未受侵犯。
- **涉嫌虐待或疏于看管。**如果与涉嫌虐待或疏于看护儿童、老年人或无自理能力的成人，或者您不是未成年人，您是虐待、疏于看管或家庭暴力的受害者，而您同意披露或我们根据法律授权披露此信息，且认为披露是防止对您或他人造成严重伤害的必要行为，我们将您的健康信息披露予相关机构。
- **公共卫生风险。**我们会披露关于您的健康信息，用于公共卫生活动。一般情况下，这些活动包含以下内容：
 - 预防或控制疾病、伤害或残疾；
 - 报告出生和死亡；
 - 报告对药物或产品问题的反应；
 - 通知人员召回其可能使用的产品；
 - 通知可能已接触某种疾病或可能感染或传播疾病或病症的人员。
- **健康监督活动。**我们会向健康监督机构披露健康信息，进行法律授权的活动。这些监督活动包含审计、调查、检查和许可证核发等。这些对于政府监督医疗保健体系、政府计划和遵守公民权利法是不可或缺的活动。
- **司法和行政诉讼。**在任何行政或司法程序中且在法院或行政命令明确授权的范围内，我们可能并有时根据法律规定，需要披露您的个人健康信息。如果我们已做出合理努力来通知您的请求而您并未提出异议，或者，如果您的异议已由法庭或行政机构解决，我们也会根据传票、举证申请书或其他合法程序披露您的信息
- **法律执行。**应法官官员要求，我们会发布健康信息：
 - 执行法院命令或类似指令。
 - 识别或寻找嫌疑人、证人、失踪者等。
 - 向执法机构提供有关犯罪受害者的信息。
 - 报告有关我们设施或员工的犯罪活动或威胁。
- **验尸官、法医和殡仪业者。**我们将健康信息发布给验尸官或法医。例如，这可能是识别死者或确定死亡原因的必要条件。我们亦会在设施中发布关于病患的健康信息，以协助殡仪业者履行职责。
- **器官或组织捐赠。**如果您是器官捐献者，我们会向处理器官捐赠或移植的组织发布医疗信息。
- **研究。**在某些特定情形下，我们会使用或披露您的信息，用于研究。
- **避免对健康或安全造成严重威胁。**我们会在必要时使用和披露您的健康信息，防止对您的健康和安造成严重威胁，或对公众或他人的健康和安造成严重威胁。然而，仅在我们认为能够防止威胁或伤害发生人员的情况下，才会向其披露信息。
- **特殊政府职能。**我们会使用或披露您的健康信息，协助政府履行与您有关的职能。下列情况下，我们会披露您的健康信息：(i) 如果您是武装部队的成员，将向军事指挥当局披露信息，协助执行军事任务；(ii) 向经授权联邦官员披露信息，进行国家安全活动；(iii) 向经授权联邦官员披露信息，向总统或其他人员提供保护或法律许可的调查；(iv) 如果您在监狱中，基于医疗保健、健康和安目的，将向劳教所披露信息；(v) 法律允许的情况下，将向工人薪酬方案披露信息；(vi) 将向政府执法机构披露信息，保护联邦和州选任宪政官员及其家属；(vii) 将向加州司法部披露信息，用于了解行踪，识别某些犯罪病患，或是不得购买、拥有或控制枪支或致命武器的人士；(viii) 将向参议院或众议院规章委员会披露信息，用于立法调查；(ix) 根据法律规定，将向全州范围的保护和宣传组织以及县病患权利办公室披露信息，进行某些调查。
- **其他特殊信息类别。如适用。**特定的法律要求可能适用于某些信息类别的使用或披露，例如对人体免疫缺陷病毒 (HIV) 的测试或对酒精和药物滥用的治疗与服务。此外，针对您所接受的任何一般医疗（非精神健康）照护，有些不同的规定可能适用于与其相关医疗信息的使用和披露。

- **咨询笔记。如适用。**咨询笔记是指医疗保健供应商记录的笔记（通过任何媒体形式），该供应商是精神健康专业人士，记录或分析私人咨询或团体、联合会或家庭咨询会议期间对话内容，且此资料会与个人病历的其他部分分开。咨询笔记不包含药物处方和监测、咨询会议开始和停止时间、提供治疗的方式和频率、临床测试结果，以及下列项目的总结：诊断、功能状态、治疗计划、症状、预后和迄今取得的进展。

根据法律的要求或在下列情况下，我们会使用或披露您的咨询笔记：

- 供笔记的创作者使用
- 在学生、受训人员或从业人员的监督精神健康培训计划中使用
- 如果个人提起法律诉讼或其他诉讼，供应商使用其作为辩护
- 防止或减轻对个人或公众健康或安全而言十分严重和迫在眉睫的威胁
- 用于监督咨询笔记创作者健康
- 向验尸官或法医披露或供其使用，报告病患死亡
- 使用或披露必要的部分，从而防止或减轻对个人或公众健康或安全而言十分严重和迫在眉睫的威胁
- 在调查过程中或按照法律的要求，向您或 DHHS 部长披露或供其使用。
- 在您死亡后，向验尸官或法医披露。如果您撤销咨询笔记的使用或披露授权，我们将停止使用或披露这些笔记。

- **所有权变更。如适用。**如果此惯例/计划出售或与其他组织合并，您的个人健康信息/记录将成为新所有者之财产，但您仍有权要求将您的个人健康信息的副本转移给另一惯例/计划。

仅在您有机会同意或反对之后才可披露。

有些情况下，除非我们已与您讨论（如有可能）并且您并未反对此类共享，否则我们将不会共享您的健康信息。包含如下情况：

- **病患名录。**我们会保存一份记录病患姓名、健康状况、治疗地点等信息的名录，以便向神职人员或以您的姓名向我们询问相关状况的人士披露，而我们将会先向您咨询此类信息是否可与这些人共享。
- **参与照护您或支付照护费用的人员。**我们会向您的亲属、挚友或由您指定参与医疗保健（或为医疗保健付款）的其他人员披露相关的健康信息。例如，如果您让家人或朋友在药店给您取药，我们会告诉此人药物的内容及何时可领取药物。同样，我们会使用和披露您的健康信息，向您说明您可能感兴趣的健康相关福利或服务。
- **披露与您通讯的内容。**我们共享您的健康信息之前，我们会与您联系。例如，我们会使用并披露健康信息与您联系，提醒您在此处已预约治疗，或向您说明或建议您可能感兴趣的的可能治疗方案或替代方案。我们会使用和披露您的健康信息，向您说明您可能感兴趣的健康相关福利或服务。我们会联系您，说明我们的筹款活动。
- **健康信息的其他用途。**本告知书或适用法律未涵盖的其他健康信息使用和披露将仅会在取得您书面许可的情况下进行。如果您允许我们使用或披露您的相关健康信息，您可随时以书面形式撤销此许可。如果您撤销许可，我们将针对书面授权所涵盖的原因，不再使用或披露您的健康信息。您了解，我们无法撤回所有已获许可的披露信息，且我们需保留我们已提供给您的照护相关记录。

关于您的健康信息的权利

根据我们所维护的与您相关健康信息，您拥有以下权利：

- **违规通知。**违反规定，泄露不安全的个人受保护医疗信息时，我们将会依法要求通知您。如果您向我们提供目前使用的电子邮件地址，我们会使用电子邮件告知与违规相关的信息。某些情况下，由业务伙伴会进行通知。视情况，我们也可以通过其他方法进行通知。[注：仅在我们确定其内容不包含 PHI 且不会披露不适当的信息时，才会使用电子邮件通知。例如，我们的电子邮件地址是“digestivediseaseassociates.com”，而在使用此地址传送的电子邮件遭拦截时，则会由此确定病患身份及其病情。]
- **检查和复制的权利。**您有权检查并复制此健康信息。一般情况下，包含医疗和账单记录，但也可能不包含某些精神健康信息。可能存在某些适用限制：
- 您必须以书面形式提交申请。我们可向您提供适用的表格以及提交方式的说明。
 - 如果您申请复印，我们会收取与您的申请相关的复印、邮寄或其他耗材的合理费用。
 - 您会在 10 个工作日内收到与此申请相关的通知。
 - 某些情况下，我们会拒绝您的申请。如果您被拒绝获取健康信息，可以要求根据法律规定对拒绝程序进行审核。
 - 如果我们拒绝您获取咨询笔记的申请，您有权将其转让给其他精神健康专业人士。
- **进行修改的权利。**如果您认为我们持有的健康信息不正确或不完整，可要求我们修改信息。如果我们确定现有信息准确、完整，则不需进行修改。我们不需要从您的记录中移除信息。如果存在错误，我们将通过新增说明或补充信息等方式进行更正。只要信息由设施保存或为设施所用，您即有权要求修改。可能存在某些适用限制：
- 您必须以书面形式提交修改申请。我们可向您提供适用的表格以及提交方式的说明。
 - 您必须针对提出的申请提供理由。
 - 如果申请并非以书面形式提交或者未有支持此申请的理由，我们会拒绝您的修改申请。此外，如果您要修改下列信息，我们也会拒绝您的申请：
 - 非由我们建立的信息，信息的建立者无法修订的情况除外；
 - 不属于我们设施保存或为设施所用的健康信息；
 - 不属于您可以检查或复制的信息。即使我们拒绝您的修订申请，您仍有权就您的记录中任何您认为不完整或不正确的项目或声明提交书面附录。如果您明确以书面形式表明希望将附录纳入健康记录，我们将其附于记录中，并在我们披露您认为不完整或不正确的项目或声明时将其加入。
- **申请特殊隐私保护的權利。**针对我们使用或披露以用于治疗、付款或医疗保健运营的健康信息，您有权要求予以限制。针对我们向参与照护或为照护付款的人员（如家人或朋友）披露的健康信息，您亦有权要求予以限制。例如，您可要求我们不要向您的亲友使用或披露任何关于诊断或治疗的信息。
- 如果我们同意您的申请，限制我们将您的信息用于治疗、付款或医疗保健运营的方式，我们将会遵守您的申请，除非需要提供信息以向您提供紧急治疗。如果要申请限制，您必须以书面形式向供应商提出申请。根据您的申请，您必须告知希望限制的信息，无论您是要限制使用还是披露（或两者）的事项，或是您希望限制适用的对象。
- 如果您告知不要在健康计划中披露全额自费的精神医疗保健项目或服务等信息，除非我们出于治疗或法律原因必须披露该信息，我们将会遵守您的申请。我们保留接受或拒绝任何其他申请的权利，并将我们的决定通知给您。
- **要求机密通讯的权利。**您有权要求我们以某种方式或在某个地点与您就医疗事宜进行沟通，例如，您可以要求我们仅在工作时间或仅通过邮件与您联系。如果要申请机密通讯，您必须以书面形式向供应商提出申请。我们不会询问您提出申请的原因。我们接受所有合理的申请。您的申请必须指定您所希望与您联系的方式或地点。
- **获得纸本告知书的权利。**您有权获得本告知书的纸质版本。您可以随时要求我们提供本告知书的副本。即使您同意以电子方式接收本告知书，您仍有权获得其纸质副本。您可从您的供应商或任何上述引用的计划中获得本告知书的副本。

- **会计信息披露的权利。**您有权要求“会计信息披露”。这是在您申请会计处理日期之前六 (6) 年内我们所披露有关您的健康信息的清单。会计信息不包含：
- 治疗、付款或医疗保健运营需要的披露。
 - 我们对您所做的披露。
 - 仅为附带于其他允许或要求之披露的披露。
 - 得到您的书面授权时所进行的披露。
 - 法律允许或要求的某些其他披露。

如果要申请此清单或对披露进行会计处理，您必须以书面形式提交您的申请。我们可向您提供适用的表格以及提交方式的说明。您的要求必须指定会计期间，该期间不得超过六 (6) 年，且不得包含 2003 年 4 月 14 日之前的日期。您的要求应指明您需要的清单形式（例如纸本或电子形式）。您在 12 个月内申请的首份清单将免费提供。如需更多清单，我们会向您收取清单费用。我们会通知您相关费用，您可在费用收取前撤回或修改您的申请。

此外，如果您的健康信息遭非法获取或披露，我们将须依法律要求通知您。

本告知书的更改

我们保留变更本告知书的权利。针对我们已掌握到关于您的健康信息以及我们将来所收到的任何信息，我们保留让经修改或变更告知书生效的权利。我们将在我们的设施和供应商网站上发布目前告知书的副本。如果隐私惯例告知书有所变更，或您在新服务网站注册，您将会收到一份新告知书。

投诉

医疗保健服务机构内的所有计划均致力于保护您个人健康信息的隐私。如果您认为自身隐私权受到侵犯，您可向您认为违规发生的部门提出投诉。我们将会及时调查您的投诉，并在必要时采取纠正措施。

所有的投诉均须以书面的形式提交。您不会因提出投诉而受到惩罚。您可通过以下联系方式取得表格副本和提交投诉的相关说明：

行为 医疗保健 服务	环境卫生部:	行政与 贫困健康部	公共卫生部
消费者 援助办公室 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	主任办公室 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	主任办公室 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	主任 办公室 ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

您也可以向美国卫生及公共服务部提出投诉。该部门将要求 HCSA 调查投诉，因此相较于直接联系上述地址的 HCSA，解决投诉可能花费更长时间。向美国卫生及公共服务部部长提出投诉，请联系：

美国卫生及公共服务部
民权办公室
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 (传真)
网站: <http://www.hhs.gov/ocrwww.hhs.gov/ocr>

42 CFR 第 2 部分信息告知：
有关药物和酒精患者信息披露，
请认真阅读。

(仅适用于接受药物滥用治疗服务的受益人)

42 CFR 第 2 部分：有关您医疗保健的基本信息（包括医疗保健的付款）受联邦法律法规的保护，包括 1996 年健康保险流通和责任法案（“HIPAA”）、42 U.S.C. § 1320d 及以下、45 C.F.R. 第 160 和第 164 部分、保密法、42 U.S.C. § 290dd-2 以及 42 C.F.R 的第 2 部分。根据以上法律和法规，您的药物滥用疾患（“SUD”）治疗记录的保密性可保护与任何联邦支持计划或与药物滥用教育、预防、培训、治疗康复或研究相关活动的身份、诊断、预后或治疗记录的机密性。除非联邦法律允许，否则提供商不得向与计划无关的人员披露您参加该计划，且提供商不得披露您作为酒精或药物治疗患者的任何身份信息，也不得披露任何其他受保护的信息。

提供商必须获得您的书面同意，方可披露您的个人信息以用于支付费用。例如，提供商必须事先获得您的书面同意，才能向您的医疗保险公司披露信息以便为服务付款。另外，要求提供商必须事先获得您的书面同意，才能出售或披露您的相关信息以用于营销目的。通常，您必须首先签署书面同意，然后提供商才能共享信息以用于治疗目的或用于医疗保健运营。虽然提供商通常不得披露将直接或间接泄漏客户的 SUD 身份信息，但联邦法律和法规允许提供商未经您书面许可披露信息，其中可能包括：

1. 当客户对自身或他人构成威胁时；
2. 当客户对他人构成威胁或威胁伤害他人时；
3. 客户为严重残障人士，无法就其是否需要治疗做出合理决策时；

4. 当客户涉嫌虐待或疏于看管儿童时；
5. 当客户涉嫌虐待老年人时；
6. 当客户需要紧急医疗，无法给出授权时；
7. 当客户信息用于质量审查时；
8. 根据与合格服务组织 (QSO) 之间的协议，例如，记录保存、会计或其他专业服务；以及
9. 由认证和许可证核发机构进行审查。

根据 42 CFR 第 2 部分，相应计划违反联邦法律和法规属于犯罪，可以向对应机构报告涉嫌违法行为，包括加利福尼亚北区的美国律师协会 (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) 和加利福尼亚医疗保健服务部 (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 953897413)。

如果提供商通过上述以外的方式，或者适用法律或法规（例如，42 CFR 第 2 部分）许可方式以外的方式使用或披露任何您的相关医疗信息，必须首先获得您允许其进行披露的明确书面同意。您可以通过口头方式或书面方式撤销上述所有书面同意。

提供商责任：法律规定，提供商必须保证您的医疗或 SUD 信息的隐私性，并向您提供有关您健康信息的法律责任以隐私惯例。法律规定，提供商必须遵守本告知书的条款并为其维护的所有受保护医疗信息制定新的告知书条款。在治疗疗程中将向个人提供修改和更新告知书，并将张贴在大厅的公告板上。

投诉和报告违规行为：如果您对与您服务有关的任何问题（包括保密问题）不满意，或者在与提供商交流问题时感到不安，您可以致电 **1 (800) 779-0787** 与**消费者援助联系**。有关更多信息，请参见此文件包中第 4 页和第 5 页的“受益人问题解决流程”。

阿拉米达县行为医疗保健服务

受益人姓名:		计划名称:
出生日期:	收入日期:	
INSYST 编号:		RU 编号 (如有):

通知材料 - 权利与责任 收到确认书

服务同意

根据此文件包第 1 页的说明, 您在下方签名即表示您同意自愿接受由此提供商提供的行为医疗保健服务如果您是受益人的授权代表, 您的签名同样起到同意作用。

通知材料

您的签名还表示已经通过您可以理解的语言或方式与您就下列标记的材料进行讨论, 以为您提供通知材料文件供您记录, 而且您同意使用选择的指南和提供商目录提供方式。您可以随时再次申请提供材料的说明和/或副本。

首次通知: 请勾选下列框, 指出您在被收入时或任何其他时间与您讨论的材料。

- ☐ 服务同意
- ☐ 自由选择
- ☐ 保密和隐私
- ☐ 保持场所的安全友好气氛 (不是州规定的通知材料)
- ☐ “Medi-Cal 心理健康服务指南” 或 “Medi-Cal 药物服务指南”

提供方式: ☐ 访问网站 ☐ 使用电子邮件发送电子副本 ☐ 纸质版本
- ☐ 阿拉米达县行为医疗计划的提供商目录

提供方式: ☐ 访问网站 ☐ 使用电子邮件发送电子副本 ☐ 纸质版本
- ☐ 受益人问题解决信息
- ☐ 事前指示信息 (适用于年满 18 周岁或以上以及年龄将到 18 周岁的客户)

您是否已给出事前指示? ☐ 是 ☐ 否
 如果已给出, 是否可为我们提供一份副本作为记录? ☐ 是 ☐ 否
 如果未给出, 我们能否帮助您给出一份? ☐ 是 ☐ 否
- ☐ 隐私惯例告知书 - HIPAA 和 HITECH
- ☐ 42 CFR 第 2 部分信息告知书: 有关药物和酒精患者信息披露 (仅适用于接受药物滥用治疗服务的受益人)

受益人签名: (或授权代表签名, 视情况而定)	日期:
见证医师/员工姓名首字母:	日期:

用于提供指南和提供商目录的电子邮件地址（如果适用）：

年度通知： 您的提供商必须每年提醒您可以审查上文列出的材料。请在下面的框中填写姓名首字母和日期，以记录具体时间。

姓名首字母和日期：	姓名首字母和日期：	姓名首字母和日期：	姓名首字母和日期：
-----------	-----------	-----------	-----------

每年在一个框（参见上文）中填写**受益人**的姓名首字母和日期（或其授权代表）。

提供商指示：

- ❖ **首次通知：** 通过受益人（或授权代表）偏好的语言或沟通方式，与其讨论文件包中的每个相关项目。填写前一页最上方的身份信息框。勾选相关的复选框以指出讨论/提供的项目。要求受益人在对应框中签字并写明日期。在对应框中填写员工的姓名首字母和日期。将文件包中的其余通知材料提供给受益人以便记录。提交图标中的签名页。
- ❖ **年度通知：** 提醒受益人他们可以审查所有材料，而且若有要求，可审查所有材料。在提供的框中填写对应的姓名首字母和日期。
- ❖ 所有入门语言的资料包以及详细说明的文件包可见于 www.acbhcs.org/providers（QA 选项卡）。