

안내 자료 설명서

ACBH 품질 보증 사무실
[QAOffice@acgov.org](file:///C%3A%5CUsers%5Cmayot%5CDesktop%5CQAOffice%40acgov.org)
May, 2021

알라메다 카운티 행동 건강 플랜

(Alameda County Behavioral Health Plan)의

서비스 동의 및 권리와 책임에 대한 가이드

**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 ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS에 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协助服務。

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.

لطفاٌ 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، درصورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاٌ 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 thiab 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 أواتصل 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*). (الهاتف النصي: *711).*



****

**(Cambodian)** ចំណំ៖ ប្រសិនបរើអ្នកនិយាយភាសាបសេងប ៀត បសវាជំនួយភាសាបោយឥតគិតថ្លៃ គឺ អាចស្សែងរកបានសប្ារ់អ្នក។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា ល់បៅកាន់អ្នកសតល់បសវាស្ែលានការ ួលសាា ល់ររស់អ្នក ឬបែើមបី ប្ែើការសាកសួរអ្ំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711)។ ចំណំ៖ សាា រៈនិងបសវាកមមជំនួយ ានជាអា ិ៍ឯកសារជាអ្កេរពុមព្ំនិងឯកសារជា ប្មង់ បសេងប ៀត អាចស្សែងរកបានសប្ារ់អ្នកបោយឥតគិតថ្លៃបៅតាមការបសនើសុំ។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា ល់បៅកាន់អ្នកសតល់បសវាស្ែលានការ ួលសាា ល់ររស់អ្នក ឬ បែើមបីសាកសួរអ្ំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711). )****

**목차**

[Alameda County Behavioral Health Plan (알라메다 카운티 행동건강플랜) 가입을 환영합니다 1](#_Toc45118175)

[서비스 동의 2](#_Toc45118176)

[선택의 자유 4](#_Toc45118177)

차별금지 통보 ………………………………………………………………………………………… 4

[비밀 보장 및 개인 정보 5](#_Toc45118178)

[편안하고 안전한 장소 조성하기 6](#_Toc45118179)

[수혜자 가이드 및 제공자 목록 7](#_Toc45118180)

[수혜자 문제 해결 정보 8](#_Toc45118181)

[ 행동과학위원회를 통해 이용할 수 있는 기타 불만 처리 절차: 10](#_Toc45118182)

[사전 의료 지시서 정보: 11](#_Toc45118183)

[개인 정보 보호 관행 고지 12](#_Toc45118184)

[정보 고지 42 CFR 파트 2: 약물 및 알코올 환자에 관한 정보 공개 22](#_Toc45118185)

[수령 확인서 24](#_Toc45118186)

[ 제공자 지침: 24](#_Toc45118187)

# Alameda County Behavioral Health Plan 가입을 환영합니다

환영합니다! 이 제공자의 행동 건강 서비스를 요청한 Alameda County Behavioral Health Plan(BHP)의 가입자(수혜자)로서, 가입자의 권리와 책임이 기재된 본 안내 자료 책자를 검토하시기 바랍니다. Alameda County의 BHP에는 County Mental Health Plan (카운티 정신건강 플랜) 에서 제공하는 정신 건강 서비스와 County SUD Organized Delivery System에서 제공하는 약물 사용 장애(Substance Use Disorder, SUD) 치료 서비스가 모두 포함됩니다. 이 중 하나 혹은 두 가지 서비스를 모두 받으실 수 있습니다.

**제공자 이름:**

서비스 안내를 도와드린 직원이 이 자료를 가입자와 함께 검토할 것입니다. 언제든지 다시 확인할 수 있도록 이 책자가 제공되며 **책자 마지막 장에 설명된 내용과 자료를 받았다는 것을 증명하는 서명을 하셔야 합니다.** 담당 제공자가 서명 원본 페이지를 보관합니다. 서비스 제공자는 매년 책자에서 이용할 수 있는 특정 정보에 대해 있는지 알려야 하며, 책자의 마지막 페이지에 언제 이러한 안내를 받았는지 표시할 수 있는 공간이 있습니다.

**본 책자에는 많은 정보가 들어있으므로 천천히 읽어 보고 궁금한 점은 주저하지 말고 문의해 주시기 바랍니다. 가입자의 권리와 책임을 숙지하고 이해하면 마땅한 치료를 받는 데 도움이 됩니다.**

# 서비스 동의

본 Behavioral Health Plan(BHP)의 가입자로서 본 책자 마지막 장에 서명을 하면 이 제공자의 자발적 행동 건강 서비스에 동의하게 됩니다. BHP 수혜자의 법적 대리인인 경우에는 대리인의 서명이 동의를 나타내게 됩니다.

서비스 동의는 이 제공자가 권장 의료 서비스에 관한 정보를 제공할 의무가 있다는 것을 의미하므로, 정보에 근거한 의미 있는 참여 결정을 내려야 합니다. 가입자는 서비스를 언제든지 중지할 수 있는 권리가 있으며, 이와 더불어 권장 사항, 행동 건강 중재 혹은 치료 절차의 이용을 거부할 권리도 있습니다.

제공자에 따라 가입자가 받게 될 상세한 서비스 유형이 설명된 별도의 동의서에 서명해야 할 수 있습니다. 여기에는 평가, 종합 평가, 개별 상담, 집단 상담, 위기 중재, 심리 치료, 사례 관리, 재활 서비스, 의약품 서비스, 의약품 보조 치료, 다른 행동 건강 전문가 의뢰, 가입자를 대신하여 다른 전문가와 상담 등을 비롯한 다양한 항목이 포함될 수 있습니다.

전문 서비스 제공자에는 의사, 공인 임상 간호사, 의사 보조, 결혼 및 가족 상담 치료사, 임상 사회복지사(LCSW), 전문 임상 상담사, 심리학자, 등록 준 전문가, 공인 동료 전문가를 비롯한 다양한 직군이 포함될 수 있습니다. 서비스 제공자가 비면허 전문가(예: 수련생이나 등록 준 전문가)인 경우, 서비스 제공자는 가입자에게 이를 서면으로 알려야 합니다. 모든 비면허 전문 직원은 면허가 있는 전문가의 감독하에 업무를 수행합니다.

SUD (약물사용 장애) 외래 치료 서비스는 다음과 같은 항목을 포함할 수 있습니다. 평가, 계획 수립, 개별 및 집단 상담, 사례 관리, 약물 테스트, 가족 치료, 퇴원 계획이 포함됩니다. 가입자는 다음 항목 중 무엇이든 거부할 권리가 있습니다. 개별 상담, 집단 상담, 사례 관리, 약물 테스트, 가족 치료, 퇴원 계획. ACBH 요건 외에도 약물 테스트에 추가적인 요건(마약 전문 법원, SSA, 보호 관찰 등)이 있습니다.

회복 시설:

* 회복 시설 거주자는 거주 조건으로 테스트를 받아야 합니다.

마약성 약물 치료 프로그램(Opioid Treatment Programs, OTP)\*

* OTP는 프로그램 요건에 따라 약물 테스트를 수행해야 합니다.

소란을 일으키거나 다른 참가자가 불안을 느끼는 환경을 조성하는 등의 행위 시에는 프로그램 박탈 징계가 이루어집니다. 때에 따라 클라이언트가 술에 취한 경우도 해당됩니다. 이러한 경우 상담사가 이 일에 관해 가입자와 상의하고 즉각적인 약물 테스트를 권장할 수 있습니다. 약물 테스트는 거부할 수 있지만 상담사가 느끼기에 다른 클라이언트에게 방해가 되거나 불안하게 만드는 행동에 대한 논의에 약물 테스트도 필요하다는 점을 인지하는 것이 중요합니다. 프로그램에 속한 모든 이의 평화롭고 안전한 환경을 조성하는 데 가입자의 행위가 해결하거나 변화할 수 없는 수준인 상황에서는 약물 테스트의 동의 여부와 무관하게 퇴원(시기 조정 가능)될 수 있습니다. 아울러 가입자에게 제공된 프로그램 서비스를 지속적으로 거부하는 경우 치료 담당 직원이 가입자에게 적합한 프로그램으로 배치할 것을 권장할 수 있습니다.

프로그램에서 비자발적으로 퇴원했으며 그 결정에 동의하지 않는 경우, 알라메다 카운티 행동건강 소비자 직원사무소에 이의를 제기할 수 있습니다:

전화: 1-800-779-0787

듣기 또는 말하기 지원서비스는711, 캘리포니아주 전화 연결 서비스로 연락해 주십시오.

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

직접 방문: By visiting Consumer Assistance at Mental Health Association

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

약물 테스트 양성 결과에 대한 윤리적 대응 방안은 클라이언트와 결과를 논의하고 증거에 기반하여 가입자의 치료 계획 변경을 고려하는 것입니다. 중독 치료 전문가와 제공자 조직은 법률에서 허용하는 범위에서 약물 테스트 결과를 기밀로 유지하기 위해 적절한 절차를 밟을 것입니다.

# 선택의 자유

Behavioral Health Plan (행동건강 플랜)으로서 우리는 서비스를 받는 이(미성년자 및 미성년자의 법적 대리인 포함)에게 다음 사항을 전달할 책임이 있습니다.

1. 행동 건강 시스템의 수락과 참여는 자발적이며, 다른 커뮤니티 서비스를 이용하기 위한 필수 조건이 아닙니다.
2. 가입자는 Medi-Cal의 지원을 받는 다른 행동 건강 서비스를 이용할 권리가 있으며 제공자 및/또는 직원 변경을 요청\*할 권리가 있습니다.
3. Behavioral Health Plan(행동건강 플랜)은 커뮤니티 내의 폭넓은 제공자와 계약을 맺고 있으며 신앙 기반의 제공자도 포함될 수 있습니다. 연방 기금을 받는 신앙 기반 제공자에 관한 법률에는 모든 자격 대상 가입자(신앙 여부 무관)에게 서비스를 제공하고 연방 기금을 종교적 활동(예배, 종교 교육 또는 가입자를 개종하려는 시도 등)을 지원하는 데 사용하지 말아야 하는 등의 항목이 있습니다. 신앙 기반 제공자에 의뢰되었으며 종교적 성격으로 인해 해당 제공자의 서비스를 받는 것을 거부하는 경우 요청\*에 따라 다른 제공자를 볼 권리가 있습니다.

\*BHP는 모든 합리적인 요청을 수용하기 위해 가입자 및 가입자 가족과 협업하고 있습니다. 그러나 제공자 변경 요청이 항상 수용된다고 보장할 수 없습니다. 단, 제공자의 종교적 성격에 반대하여 변경하는 경우에는 요청이 수용됩니다.

# 차별금지 통보

차별은 법에 위배됩니다. Alameda County Behavioral Health (알라메다 카운티 행동건강)는 연방 민권법을 준수하며, 인종, 종교, 민족, 피부색, 국적, 나이, 장애, 성적 서호도, 성별 또는 지불 능력을 이유로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

# 비밀 보장 및 개인 정보

Alameda County Behavioral Health(알라메다 카운티 행동 건강)의 치료 서비스를 받는 동안 가입자 건강 정보의 비밀 보장 및 개인 정보보호는 중요한 가입자의 권리입니다. 본 책자에는 가입자의 치료 기록과 개인 정보를 기밀로 유지하고 Alameda County Behavioral Health Care Services(BHCS)에서 사용 및 공개하는 방식과 가입자가 이러한 정보에 접근하는 방법을 설명한 “개인 정보 보호 관행 고지(Notice of Privacy Practices)”가 포함되어 있습니다. 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 받는 경우에는 책자에 “정보 고지 42 CFR 파트 2 - 약물 및 알코올 환자에 관한 정보 공개”도 포함됩니다. 제공자는 비밀 보장 및 개인 정보에 관한 가입자의 권리를 안내해야 합니다.

제공자는 일반적으로 직접적 혹은 간접적으로 가입자가 SUD 서비스 수혜자라는 것을 특정할 수 있는 정보를 공개할 수 없지만, 가입자의 안전이나 타인의 안전과 관련한 특정 상황에서 법률에 따라 Behavioral Health Care Services 시스템의 외부인과 가입자의 사례를 논의해야 합니다.

해당 상황의 예는 다음과 같습니다.

1. 가입자가 다른 사람에게 해를 가하겠다고 위협하는 경우, 해당 인물이나 경찰에게 정보를 전달해야 합니다.
2. 가입자가 본인의 건강 및 안전에 심각한 위협이 되는 경우(필요에 따라).
3. 아동 학대가 의심되는 모든 사례는 적절한 주 또는 지역 당국에 신고해야 합니다.
4. 노인/도움이 필요한 성인에 대한 학대가 의심되는 모든 사례는 적절한 주 또는 지역 당국에 신고해야 합니다.
5. 법원에서 가입자의 기록 공개를 명령하는 경우, Alameda County BHCS는 이에 따라야 합니다.
6. 약물 사용 치료 제공자의 부지 내에서 환자가 범죄를 저지르거나 관계자에게 대항하는 경우에 대한 신고는 보호되지 않습니다.

비밀 보장 제한에 관하여 궁금한 점이 있으면 본 자료를 설명해 준 당사자와 상의하시기 바랍니다. 위의 사항과 그 밖의 비밀 보장 제한에 관한 자세한 정보는 본 책자의 “개인 정보 보호 관행 고지” 및 “정보 고지 42 CFR 파트 2 - 약물 및 알코올 환자에 관한 정보 공개” 섹션에 있습니다.

# 편안하고 안전한 장소 조성하기

Alameda County BHCS는 모든 가입자가 편견 없이 편안하게 치료를 받는 것을 중요하게 생각합니다. 저희에게는 가입자가 제대로 된 곳에 왔다고 느낄 수 있도록 하고 가입자에 대해 알아가며 행복하고 생산적인 삶을 살 수 있도록 돕는 것이 가장 중요합니다. 우호적이지 않거나 안전하지 않거나 존중받지 못했다고 느끼는 행위가 있다면 알려주시기 바랍니다.

Alameda County BHCS는 또한 안전하고 편안한 서비스 환경을 매우 중요하게 생각합니다.  서비스 환경에서 불편하게 느낀 일이 있다면 고칠 수 있도록 저희에게 알려주시기 바랍니다.

Alameda County BHCS는 안전한 환경을 조성하기 위한 하나의 방법으로 모두(제공자 및 가입자)에게 안전한 행동과 존중하는 자세를 갖도록 하는 규칙을 세웠습니다. 이러한 규칙은 다음과 같습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| * 자신과 타인에게 안전한 방식으로 행동합니다.
 | * 어떠한 종류의 흉기도 소지하지 않습니다.
 |
| * 타인에게 정중하게 이야기합니다.
 | * 타인의 프라이버시를 존중합니다.
 |
| * 타인과 서비스 장소의 자산을 소중히 합니다.
 | * 부지 내에서 술, 약물, 니코틴/담배 제품 및 전자 담배를 판매, 사용, 유통하는 행위는 금지됩니다.
 |

모두가 편안한 공간을 만들기 위해 의도적으로 위해를 가하는 이는 시설에서 나가라는 요청을 받을 수 있으며 서비스가 일시적 혹은 완전히 중지될 수 있고, 필요에 따라 법적 조치를 취할 수 있습니다. 따라서 이러한 규칙을 따르는 것이 어렵다고 생각하는 경우 제공자에게 알려주시기 바랍니다. Alameda County BHCS는 가입자와 주변 인물 모두가 안심할 수 있는 방식으로 가입자를 받아들일 수 있는 방법을 모색할 것입니다.

**규칙을 따라 주셔서 감사합니다.**

# 수혜자 가이드 및 제공자 목록

서비스를 시작할 때 Behavioral Health Plan(BHP)의 수혜자 핸드북이나 ***Medi-Cal 정신 건강 서비스*** 또는 ***약물 Medi-Cal 서비스***가 제공됩니다. 책자에는 수혜자의 서비스 자격 사유, 이용 가능한 서비스와 이용 방법, 서비스 제공자 정보, 가입자의 권리와 불만, 이의제기 및 주 정부 공청회 절차에 관한 자세한 정보가 담겨 있습니다. 이 가이드에는 Behavioral Health Plan (행동건강 플랜)에 관련한 주요 전화번호도 포함되어 있습니다.

***제공자 목록***은 카운티 및 카운티와 계약을 맺은 커뮤니티 내의 행동 건강 서비스 제공자 목록이며, 매월 갱신됩니다. 응급 상황이 아닌 외래 정신 건강 서비스의 의뢰나 *제공자 목록*에 관한 자세한 정보는 ACCESS 프로그램(1-800-491-9099번)에 전화하시기 바랍니다. 담당자가 현재 정신 건강 제공자가 예약을 받고 있는지 알려드릴 수 있습니다.

약물 사용 치료 서비스 의뢰나 *제공자 목록*에 관한 자세한 정보는 약물 사용 치료 및 의뢰 상담 전화(1-844-682-7215번)에 전화하시기 바랍니다. 담당자가 현재 약물 사용 치료 제공자가 예약을 받고 있는지를 알려드릴 수 있습니다. 듣거나 말하는데 제한이 있는 경우 캘리포니아주 전화 연결 서비스(711번)로 전화하여 고객 서비스 상담 전화 연결에 도움을 받으시기 바랍니다.

수혜자 가이드는 다음에서 디지털 형식으로 이용할 수 있습니다. <http://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/> 이용 가능한 언어: 영어, 스페인어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 타갈로그어, 베트남어.

제공자 목록은 매월 갱신되며 다음에서 디지털 형식으로 이용할 수 있습니다. <http://www.acbhcs.org/provider_directory/> 및 이용 가능한 언어: 영어, 스페인어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 타갈로그어, 아랍어, 베트남어.

***가이드 및 제공자 목록의 언어 지원은 ACCESS 상담 전화(1 (800) 491-9099번)로 이용할 수 있습니다.***

# 수혜자 문제 해결 정보

불만 또는 이의제기 접수처 결정하기

**서비스 불만족 – 모든 종류의 불만**

**예시:**

* 원하는 유형의 서비스를 받지 못한 경우.
* 서비스 품질이 나쁜 경우.
* 불공정한 대우를 받은 경우.
* 가입자가 원하는 시간에 전혀 예약을 잡을 수 없는 경우.
* 시설이 깨끗하거나 안전하지 않은 경우.

**불만 신고 접수처**

**Alameda County (알라메다 카운티) BHCS:**

전화: 1-800-779-0787 BHCS 소비자 지원

*듣기 또는 말하기 지원이 필요한 경우 캘리포니아 전화 연결 서비스(711번)에 전화하시기 바랍니다*

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

직접 방문: 정신 건강 협회의 소비자 지원 부서방문

 (Consumer Assistance at Mental Health Association)

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

**제공자:** 제공자가 가입자의 문제를 내부적으로 또는 위의 Alameda County Behavioral Health Care Services(ACBHCS)에 연결하여 해결할 수 있습니다. 제공자에게 양식과 도움을 받을 수 있습니다.

**불리한 결정 - 이의 제기**

가입자의 혜택에 대한 Behavioral Health Plan의 조치를 알리는 “불리한 혜택 결정 통지(Notice of Adverse Benefit Determination, **NOABD**)”를 받을 수 있습니다. **예시:**

* 가입자가 요청한 서비스가 거부 또는 제한된 경우.
* 이전에 승인되어 현재 받고 있는 서비스가 축소, 유예, 중지된 경우.
* Behavioral Health Plan이 가입자가 받은 서비스의 비용 지급을 거부하는 경우.
* 적절한 시기에 가입자에게 서비스가 제공되지 않는 경우.
* 가입자의 불만 또는 이의제기가 정해진 시간 내에 해결되지 않는 경우.
* 가입자의 재정적 부채 논의 요청이 거부된 경우.
* 프로그램에서 비자발적으로 퇴원한 경우

**이의제기 접수처**(Medi-Cal 서비스를 받는 Medi-Cal 수혜자만 해당)

**Alameda County BHCS:**

전화: 1-800-779-0787 소비자 지원

듣기 또는 말하기 지원이 필요한 경우 캘리포니아 전화 연결 서비스(711번)에 전화하시기 바랍니다

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

직접 방문: 정신 건강 협회의 소비자 지원 부서 방문

 (Consumer Assistance at Mental Health Association)

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

가입자가 Behavioral Health Plan의 이의제기 절차를 마쳤음에도 만족할 만한 문제 해결이 이루어지지 않은 경우, 캘리포니아 사회복지부가 독립 검토를 수행하는 **주 정부 공청회**를 요청할 권리가 있습니다. 주 정부 공청회 요청은 이의제기 해결 통지(Notice of Appeal Resolution, NAR)에 포함됩니다. 가입자는 이의제기 해결 통지의 소인 날짜나 Behavioral Health Plan(행동건강 플랜)이 가입자에게 이의제기 해결 통지를 전달한 날로부터 120일 내에 요청을 제출해야 합니다. 가입자는 불리한 혜택 결정 통지(NOABD) 수령 여부와 무관하게 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 공청회 대기 중에도 계속해서 동일한 서비스를 받으려면 이의제기 해결 통지가 발송된 날짜나 직접 받은 날로부터 10일 내 또는 서비스 변경 시행 날짜 이전 중 더 늦은 날짜를 기준으로 공청회를 요청해야 합니다. 주 정부는 표준 공청회의 경우 요청 날짜로부터 달력일 기준 90일 내에, 신속 공청회의 경우 요청 날짜로부터 3일 내에 결정을 내려야 합니다. Behavioral Health Plan(행동건강 플랜)은 불리한 혜택 결정을 뒤집는 통지를 받은 날로부터 72시간 내에 논쟁 대상 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다. 가입자는 1(800) 952-5253번(TTY: 1 (800) 952-8349번)이나 온라인(<http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>) 또는 우편을 통해 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 우편 주소: 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 구속, 5250 구속, 성년후견제도와 관련한 문제는 불만 또는 이의제기 절차가 아닌 환자의 권리와 같은 기존의 법적 구제책을 통해 처리됩니다. 환자의 권리 옹호 단체 문의: 1 (800) 734-2504 또는 (510) 835-2505.

**예시:**

* 가입자가 속박되었으며 시설이 그 행위를 할 정당한 사유가 없었다고 생각하는 경우.
* 가입자의 의지에 반하여 입원했으며 입원 사유나 그 외의 어떤 선택을 할 수 있었는지 알지 못하는 경우.

**환자의 권리 문제 접수처**

* 환자의 권리 옹호 단체에 **(800) 734-2504**번으로 문의할 수 있습니다. 24시간 운영되며 근무 시간 외에는 자동 응답기가 받습니다. 수신자 부담 전화도 걸 수 있습니다.

**수혜자 문제 해결 절차에 관한 자세한 정보는 제공자에게 본 책자 2~3페이지에 설명된** [***Medi-Cal 정신 건강 서비스 가이드 또는 약물 Medi-Cal 서비스 가이드***](http://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/)**의 사본을 요청하시기 바랍니다. 양식을 작성하는 데 궁금한 점이 있거나 도움이 필요한 경우 제공자에게 문의하거나소비자 지원에 1(800) 779-0787번으로 전화하시기 바랍니다.**

행동과학위원회를 통해 이용할 수 있는 기타 불만 처리 절차:

**클라이언트에 대한 고지**

2020년 7월 1일부터 행동과학위원회가 (결혼 및 가족 상담 치료사, 면허가 있는 교육 심리학자, 임상 사회복지사, 전문 임상 상담사)의 직무 범위 내에서 제공된 서비스에 관한 불만 사항을 접수 및 응대합니다. 위원회에는 온라인(<https://www.bbs.ca.gov/consumers/>) 또는 전화((916) 574-7830번)로 문의할 수 있습니다.

자세한 내용은 <https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf> 를 참조하십시오.

Alameda County of Behavioral Health(카운티 병원 및 계약 업체)도 계속해서 비면허 또는 비공인 상담사의 심리 치료와 관련한 불만을 접수 및 응대합니다. 불만을 신고하려면 소비자 지원실에 문의하시기 바랍니다. 주소: Consumer Assistance Office 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 전화: (800) 779-0787

사전 의료 지시서 정보:

“의학적 치료에 관한 결정을 내릴 권리”

**(만 18세 이상인 경우에만 해당합니다)**

*제공자: “의학적 치료에 관한 결정을 내릴 권리”는* [*http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa\_manual/10-7\_ADVANCE\_DIRECTIVE\_**B**OOKLET.pdf*](http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf)에서 여러 언어로 제공됨니다.

가입자가 만 18세 이상인 경우 Behavioral Health Plan(행동건강 플랜)은 연방법 및 주법에 따라 가입자에게 향후 자신의 의사를 전달할 수 없게 된 경우를 대비하여 의료 결정을 내릴 권리와 지금의 의학적 치료를 계획하는 방법에 대해 알려야 합니다. 지금 이 계획을 세우면 관련 인물들이 가입자의 개인적인 소망이나 선호하는 바를 전달하는 데 도움이 됩니다. 이 절차를 사전 의료 지시서 작성이라고 합니다.

가입자가 요청하면 “의학적 치료에 관한 결정을 내릴 권리”라는 사전 의료 지시서에 관한 정보를 제공합니다. 여기에는 사전 의료 지시서 작성의 중요성, 사전 의료 지시서 작성 시 고려해야 할 사항 및 관련 주 법률이 설명되어 있습니다. 사전 의료 지시서를 반드시 작성해야 하는 것은 아닙니다. 그러나 작성에 관련한 문제를 둘러보고 해결하는 것을 권장합니다. Alameda County (알라메다 카운티) BHCS 제공자 및 직원이 작성 과정을 도와드릴 수는 있지만 대신해서 사전 의료 지시서를 작성할 수는 없습니다. 이 정보를 통해 본인의 의학적 치료에 대한 결정권을 갖는 방법을 이해하는 데 도움이 되길 바랍니다. Alameda County (알라메다 카운티) BHCS 제공자는 가입자의 사전 의료 지시서 작성 여부에 따라 진료를 제공하지 않습니다. 사전 의료 지시서와 관련한 불만 사항이 있는 경우 소비자 지원(1-800-779-0787번)에 문의하시기 바랍니다.

# 개인 정보 보호 관행 고지

**이 고지에는 가입자의 건강 정보가 사용 및 공개되는 방법 및 가입자가 이러한 정보를 접근할 수 있는 방법이 설명되어 있습니다.**

**주의 깊게 검토하시기 바랍니다.**

이 고지에 관해 궁금한 점이 있다면 담당 의료 서비스 제공자나 관련 Alameda County Health Care Services Agency (알라메다 카운티 의료서비스 기관) 부서에 문의할 수 있습니다.

행정 및 저소득층 건강부: (510) 618-3452

행동 건강 서비스, 소비사 지원실: (800)779-0787

공중 보건부 부장실: (510) 267-8000

환경 보건부: (510) 567-6700

**이 고지의 목적**

이 고지는 Alameda County Health Care Services Agency(이하, ACHCSA)와 소속 부서 및 프로그램, 가입자의 의료 서비스 제공에 관여하는 인물의 개인 정보 보호 업무를 설명합니다. 이러한 개인은 가입자에게 서비스를 제공하거나 주 법률 및 연방 법률을 준수하기 위해 가입자의 건강 정보에 접근할 수 있도록 Alameda County가 승인한 의료 전문가 및 기타 인물입니다.

의료 전문가 및 기타 인물에는 다음이 포함됩니다.

신체 의료 전문가(예: 의사, 간호사, 기술자, 수련의)

행동 건강 전문가(예: 정신과 의사, 심리학자, 면허가 있는 임상 사회복지사, 결혼 및 가족 상담 치료사, 정신과 기술자, 공인 간호사, 인턴)

해당 기관 내 가입자의 치료에 관여하거나 클라이언트에게 치료를 제공하기 위해 기관과 협업하는 기타 개인(ACHCSA 근로자, 직원, 가입자의 의료 서비스 제공에 필요한 서비스나 기능을 수행하는 기타 관계자)

이러한 사람들은 가입자의 건강 정보를 치료, 비용 지불, 의료 운영 목적으로 서로 혹은 기타 의료 제공자와 공유할 수 있으며 본 고지에 명시된 대로 기타 사유로 다른 사람과 공유할 수 있습니다.

**ACHCSA의 책임**

가입자의 건강 정보는 기밀이며 특정 법률로 보호됩니다. 이러한 법률에 따라 정보를 보호하고 ACHCSA의 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행 고지를 제공하는 것은 ACHCSA의 책임입니다. 현재 발효된 고지의 조항을 준수하는 것도 ACHCSA의 책임입니다.

본 고지에서는 다음 사항을 다룹니다.

가입자의 사전 서면 승인 없이 발생할 수 있는 가입자 정보의 사용 및 공개 유형 안내.

가입자 정보의 사용 또는 공개를 동의하거나 거부할 수 있는 상황 안내.

가입자가 서면 승인을 제공한 경우에 한하여 가입자의 정보가 공개되는 기타 경우 안내.

가입자의 개인 건강 정보에 관한 권리 안내.

**가입자의 건강 정보 사용 및 공개 방법**

건강 정보의 사용 및 공개 유형은 카테고리로 나눌 수 있습니다. 아래에 이러한 카테고리와 설명, 몇 가지 예시를 설명합니다. 모든 사용 및 공개 유형이 기재된 것은 아니지만 어떤 사용 및 공개든 이러한 카테고리 중 하나에 해당합니다.

**치료.** 의학적 치료 또는 기타 건강 서비스를 제공하기 위해 가입자의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다. “의학적 치료”라는 용어는 신체 치료와 가입자가 받을 수 있는 “행동 건강 의료 서비스”(정신 건강 서비스 및 알코올이나 기타 약물 치료 서비스)도 포함합니다. 예를 들어 면허가 있는 임상의가 의약품 사용과 관련하여 정신과 의사 진료를 요청하거나 치료와 관련한 정신과 의사의 소견을 얻고자 논의할 수 있습니다. 또는 ACHCSA 직원이 필요한 검사를 요청하고 의료 검진을 위해 외부 의사에 대한 소견을 의뢰할 수 있습니다. 다른 제공자에게 의료 서비스를 받는 경우 치료를 위해 새로운 제공자에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**지불.** 가입자나 보험 회사 또는 제삼자에게 제공한 치료 및 서비스의 비용을 청구하기 위해 가입자의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 건강 보험이 서비스 비용을 지불하거나 가입자에게 상환할 수 있도록 가입자가 받은 치료나 상담에 관한 정보를 전달할 수 있습니다. 또한, 가입자가 받을 예정인 치료나 서비스에 대해 건강 보험에 사전 승인을 받거나 가입자의 보험이 해당 치료를 보장하는지 확인하기 위해 이 정보를 알릴 수 있습니다. 다른 제공자에게 의료 서비스를 받는 경우 비용 지불을 위해 새로운 제공자에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**의료 업무 수행.** 업무를 위해 가입자의 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 의료 업무 수행을 지원하는 중요한 기능을 수행하는 목적에 한해 가입자 건강 정보의 일부를 제한적으로 Alameda County 부서에 공유할 수 있습니다. 이러한 사용 및 공개는 의료 서비스 기관의 행정 업무를 수행하고 모든 클라이언트가 고품질의 치료를 받을 수 있도록 하는 데 필수적입니다. 예를 들어 다음과 같은 목적으로 건강 정보를 사용할 수 있습니다:

치료 및 서비스를 검토하고 가입자 치료에 관한 직원의 수행 능력을 평가하기 위해.

제공해야 하는 추가적인 서비스, 필요치 않은 서비스, 새로운 특정 치료의 효과 여부 결정을 위해.

의사, 간호사, 임상의, 기술자, 기타 의료진, 수련의, 인턴, 기타 기관 직원의 검토 또는 학습 활동을 위해.

재정 관리 및 법률 준수를 위해.

다른 제공자에게 의료 서비스를 받는 경우 해당 의료 업무 수행을 위해 새로운 제공자에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 아울러 다른 사람들이 가입자의 신원을 특정하지 않고 의료 및 의료 제공 연구를 하는 데 사용할 수 있도록 이러한 건강 정보에서 가입자를 식별할 수 있는 정보를 삭제할 수 있습니다.

또한, “체계적인 의료 계획(Organized Health Care Arrangement, OHCA)” 의료 운용을 위해 OHCA에 협업하는 다른 의료 제공자, 의료 정보 기관, 건강 보험에 가입자의 의료 정보를 공유할 수 있습니다. OHCA에는 병원, 의사 조직, 건강 보험 및 집단적으로 의료 서비스를 제공하는 기타 단체가 포함됩니다. 참여하는 OHCA 목록은 ACCESS에서 확인할 수 있습니다.

서명 서류. 가입자가 병원에 방문했을 때 가입자 의료 정보의 사용 및 공개에 대한 서명을 요청할 수 있습니다. 또한 진료할 준비가 되었을 때 가입자의 이름을 부를 수 있습니다.

가족에 대한 안내 및 소통 가입자의 가족이나 개인 대리인, 그 밖의 가입자를 돌볼 책임이 있는 사람에게 가입자의 위치, 전반적인 상태, 가입자의 사망(가입자가 사전에 별도로 지시하지 않은 경우)을 알리거나 알리는 데 도움을 받기 위해 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 재난 시 구호 단체가 이러한 알림을 조율할 수 있도록 정보를 공개할 수 있습니다. 가입자의 치료에 관여하거나 치료 비용 지불을 돕는 사람에게 정보를 공개할 수도 있습니다. 가입자가 동의 또는 거부할 능력이 있고 동의 여부를 제공할 수 있는 경우에는 공개 전에 거부할 기회를 제공합니다. 단, 가입자가 거부하는 경우라도 응급 상황에 대응하는 데 필요하다고 생각되는 경우 이러한 정보를 공개할 수 있습니다. 가입자가 동의 또는 거부할 능력이 없거나 동의 여부를 제공할 수 없는 경우 의료 전문가의 판단에 따라 가족 및 기타 인물들과 소통할 것입니다.

**가입자의 동의 여부를 구할 필요가 없는 공개.**

위의 상황에 더불어, 법률에서 가입자의 허가를 먼저 구하지 않고도 건강 정보를 공유하도록 허용한 경우가 있습니다. 여기에 해당하는 경우는 다음에 설명되어 있습니다.

**법으로 규정된 경우.** 연방, 주 또는 지역 법률에서 요구하는 경우 가입자의 건강 정보를 공개합니다. 예를 들어 가입자의 권리가 침해되지 않도록 보건사회복지부에 정보를 공개해야 할 수 있습니다.

**학대 또는 방임 의혹**. 아동 학대 또는 방임, 노인이나 도움이 필요한 성인에 대한 학대 또는 방임 의혹에 관련된 경우, 혹은 미성년자가 아니라면, 학대, 방임, 가정 폭력의 피해자이고, 본인이 공개에 동의하였거나 법적으로 공개해야 하는 경우나, 본인 또는 타인에 대한 심각한 피해를 예방하기 위해 공개가 필요하다고 생각되는 경우에 해당 기관에 가입자의 건강 정보를 공개합니다.

**공중 보건 위험.** 공중 보건 활동을 위해 가입자의 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 활동에는 일반적으로 다음이 포함됩니다.

질병, 부상, 장애를 예방하거나 통제하기 위해

출생 및 사망 신고를 위해

의약품에 대한 반응 또는 제품의 문제를 신고하기 위해

환수 대상 제품 사용자에게 이를 통지 하기 위해

질병에 노출되었을 가능성이 있거나 질병 또는 질환을 일으키거나 확산시킬 가능성이 있는 사람에게 이를 통지하기 위해

**의료 감독 활동.** 법적 승인을 받은 활동에 대해 의료 감독 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 감독 활동의 예로는 감사, 조사, 점검, 인가 등이 있습니다. 이러한 활동은 정부가 의료 서비스 체제, 정부 프로그램, 시민권법 준수 여부를 모니터링하는 데 필요합니다.

**사법 및 행정 절차**. 행정 또는 사법 절차 과정에서 법원 명령이나 행정 명령에서 명시적으로 허가한 범위까지 가입자의 개인 건강 정보를 공개하거나 때에 따라 법적으로 공개해야 할 수 있습니다. 또한, 가입자에게 알리기 위한 합당한 노력을 기울였으며 가입자가 거부하지 않았거나 법원 또는 행정 기관에서 가입자의 거부가 무효화된 경우에는 소환장, 증거개시 요청, 기타 법적 절차에 응하여 가입자의 정보를 공개할 수 있습니다.

**법률 집행 기관.** 법률 집행 담당자가 건강 정보 공개를 요구할 경우 이를 공개할 수 있습니다.

법원 명령이나 유사한 지시서에 응하기 위해.

용의자, 목격자, 실종된 사람 등을 특정 또는 찾기 위해.

범죄 피해자에 관한 정보를 법률 집행 기관에 제공하기 위해.

시설 또는 직원에 관련된 범죄 행위나 위협을 신고하기 위해.

**검시관, 법의학자, 장의사.** 검시관 또는 법의학자에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 정보 공개는 예를 들어 사망자 확인 또는 사망 원인 파악에 필요할 수 있습니다. 또한, 장의사가 업무를 수행하는 데 필요한 지원을 제공하기 위해 시설 내 환자의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**장기 또는 조직 기증.** 장기 기증자인 경우 장기 기증 또는 이식을 관장하는 기관에 의료 정보를 공개할 수 있습니다.

**연구.** 제한적인 특정 상황에서 연구 목적으로 가입자의 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다.

**건강이나 안전에 대한 심각한 위협을 예방하기 위해.** 가입자의 건강과 안전 혹은 공공 및 타인의 건강과 안전에 대한 심각한 위협을 방지하기 위해 필요한 경우 가입자의 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 단, 위협이나 피해를 예방할 수 있다고 생각되는 자에게만 공개됩니다.

**특수 정부 활동.** 가입자와 관련한 정부 기능 수행을 지원하기 위해 건강 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다. 가입자의 건강 정보는 (i) 가입자가 군인인 경우 군사 작전 수행 지원을 위해 군사지휘기구에, (ii) 국가안보활동 수행을 위해 승인된 연방 공무원에게, (iii) 대통령 또는 기타 인물의 경호 준비를 위해서나 법률에 의거하여 조사를 위해 승인된 연방 공무원에게, (iv) 수감된 경우 의료, 건강 및 안전을 위해 교정 시설에, (v) 법률에 의거하여 산재보상 프로그램에, (vi) 연방 및 주 정부 선출 공무원 및 그 가족 경호를 위해 정부 법률 집행 기관에, (vii) 특정 범죄자 환자의 이송 및 신원 확인을 위해서나 화기나 흉기를 구매, 소지, 관리할 수 없는 인물과 관련하여 캘리포니아 법무부에, (viii) 입법 조사를 위해 상원 또는 의회 의사 운영회에, (ix) 법률에 의거한 특정 조사를 위해 주 전역 보호 및 옹호 단체 조직 및 카운티 환자 권익 사무실에 공개할 수 있습니다.

**기타 특수 카테고리의 정보.** **해당하는 경우.** 특정 카테고리의 정보의 사용 또는 공개에는 특수한 법적 의무가 적용될 수 있습니다. 예: 사람 면역 결핍 바이러스(HIV)의 테스트 또는 알코올 및 약물 남용 치료 및 서비스. 또한, 가입자가 받는 일반 의료(정신 건강 외)와 관련한 의학적 정보의 사용 및 공개에 다소 상이한 규칙이 적용될 수 있습니다.

**심리 치료 기록.** **해당하는 경우.** 심리 치료 기록이란 정신 건강 전문가인 의료 제공자가 개인 상담 세션이나 집단, 합동, 가족 상담 세션 중 나눈 대화의 내용을 문서로 작성하거나 분석하여 기록한 것으로 개인의 다른 의료 기록과 분리된 것을 의미합니다. 심리 치료 기록에는 의약품 처방 및 모니터링, 상담 세션 시작 및 종료 시간, 치료가 이루어진 형식 및 빈도, 임상 테스트 결과, 진단 및 기능 상태, 치료 계획, 증상, 예후, 해당 날짜까지의 진행 사항의 요약이 포함되지 않습니다.

법률에 따라 혹은 다음의 사유로 가입자의 심리 치료 기록을 사용 또는 공개할 수 있습니다.

원본 기록자의 사용을 위해

학생, 수련생, 의사를 위해 감독하에 이루어지는 정신 건강 교육 프로그램

제공자가 해당 개인으로 인해 발생한 법적 조치 또는 기타 절차를 방어하기 위해

개인 또는 공공의 건강과 안전에 심각하고 즉각적인 위협을 예방 또는 완화하기 위해

심리 치료 기록자의 건강 감독을 위해

검시관 또는 법의학자가 환자의 사망을 신고하고자 사용 또는 공개하기 위해

개인 또는 공공의 건강 및 안전에 심각하고 즉각적인 위협을 예방 또는 완화시키는 데 필요한 사용 또는 공개를 위해

조사 중 또는 법률에 의거하여 가입자나 보건복지부 장관이 사용 또는 공개하기 위해

가입자 사망 후 검시관이나 법의학자에게. 가입자가 심리 치료 기록의 사용 또는 공개 허가를 취소한 시점까지 해당 기록 사용 및 공개를 중지합니다.

**소유권 변동.** **해당하는 경우.** 본 치료/프로그램이 다른 조직에 판매 또는 합병되는 경우 가입자의 개인 건강 정보/기록은 새로운 소유자의 자산이 됩니다. 단, 가입자는 다른 치료/프로그램에 이관되는 개인 건강 정보의 사본을 요청할 권리를 보유합니다.

**가입자가 동의 또는 거부를 표할 기회가 주어진 후에만 공개.**

가입자와 상의(가능한 경우)한 후 가입자가 공유를 승인하지 않은 한 건강 정보를 공유하지 않는 상황이 있습니다. 이러한 상황은 다음과 같습니다.

**환자 명단.** 성직자나 가입자에 대해 문의한 사람에게 공개하기 위해 환자의 이름, 건강 상태, 치료 장소 등을 기록한 것으로, 이러한 사람에게 가입자의 정보를 공유해도 괜찮은지 상의하게 됩니다.

**가입자의 치료 또는 치료 비용 지불에 관여하는 사람.** 가족 구성원, 가까운 친구, 가입자의 의료(또는 의료 비용 지불)에 관여하는 인물로 지정한 기타 인물에게 해당 인물과 관련한 가입자의 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어 가입자가 가족이나 친구에게 약국에서 대신 의약품을 받아달라고 한 경우, 해당 인물에게 의약품의 종류와 조제가 완료되는 시간을 알려줄 수 있습니다. 아울러 가입자가 거부하지 않은 경우 가족(또는 가입자의 치료에 책임이 있는 다른 사람)에게 가입자의 위치와 의학적 상태를 알릴 수 있습니다.

**가입자와 소통하기 위해 공개.** 가입자의 건강 정보를 공유할 연락처를 보유할 수 있습니다. 예를 들어 가입자가 여기에 치료 예약이 되어 있다는 것을 알리기 위해 연락하거나 가능한 치료 선택지나 가입자가 관심을 가질 만한 대안책에 대해 알려주거나 권장하기 위해 건장 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 가입자가 관심을 가질만한 건강 관련 혜택 또는 서비스를 알려드리기 위해 가입자의 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 모금 활동에 관련해서도 연락을 드릴 수 있습니다.

**기타 건강 정보 사용.** 이 고지나 적용되는 법률에서 다루지 않는 기타 건강 정보의 사용 및 공개는 가입자의 서면 허가가 있는 경우에만 이루어집니다. 가입자의 건강 정보 사용 또는 공개 허가를 제공한 경우라도 언제든지 서면으로 허가를 철회할 수 있습니다. 허가를 철회할 경우 더이상 서면 허가서에 명시된 사유로 가입자의 건강 정보를 사용하거나 공개하지 않습니다. 가입자는 본인의 허가에 따라 공개한 정보는 다시 회수할 수 없으며, 가입자에게 제공한 치료 기록을 보유해야 한다는 점을 이해합니다.

**가입자의 건강 정보에 관한 권리**

가입자는 ACHCSA에서 보관하는 건강 정보에 관해 다음과 같은 권리를 보유합니다.

**유출 알림**. 안전하지 않은 보호 대상 개인 건강 정보가 유출된 경우 법률에 따라 가입자에게 알립니다. 사용 중인 이메일 주소를 제공한 경우 이메일로 유출과 관련한 정보를 알려드립니다. 상황에 따라 업무 제휴 기관에서 알림을 제공할 수 있습니다. 경우에 맞게 다른 방식으로 알림을 제공할 수도 있습니다. [참고: 이메일 알림은 개인 건강 정보가 담겨있지 않으며 부적절한 정보를 공개하지 않는다는 것이 확실한 경우에만 사용됩니다. 예를 들어 이메일 주소가 “digestivediseaseassociates.com”인 경우, 이 주소로 전송된 이메일은 해킹을 당할 경우 환자의 신원과 건강 상태를 특정할 수 있습니다.]

**열람 및 복사할 권리.** 가입자는 건강 정보를 열람하고 복사할 권리가 있습니다. 통상적으로 건강 정보에는 의료 기록 및 청구 기록이 포함되지만 일부 정신 건강 정보는 포함되지 않을 수 있습니다. 일부 제한 사항이 적용됩니다.

요청은 반드시 서면으로 제출해야 합니다. 요청 양식과 제출 방법에 대한 안내를 제공해 드릴 수 있습니다.

복사를 요청하는 경우 복사, 우편 발송, 기타 요청과 관련하여 필요한 비품에 대하여 합당한 비용을 청구할 수 있습니다.

요청에 관한 안내는 업무일 기준 10일 내에 수령할 수 있습니다.

특정 상황에서는 요청을 거부할 수 있습니다. 건강 정보 접근이 거부된 경우, 법률에 따라 접근 거부 재고를 요청할 수 있습니다.

ACHCSA가 가입자의 심리 치료 기록 접근 요청을 거부한 경우라도 다른 정신 건강 전문가에게 전송해 줄 것을 요청할 권리가 있습니다.

**수정할 권리.** ACHCSA가 보유한 건강 정보가 부정확하거나 누락이 있다고 생각하는 경우 정보 수정을 요청할 수 있습니다. ACHCSA는 가입자의 기존 정보가 정확하고 빠짐이 없다고 확인한 경우 수정할 의무가 없습니다. ACHCSA는 가입자의 기록에서 정보를 삭제할 의무가 없습니다. 오류가 있다면 소명 자료나 추가 정보를 더하여 수정됩니다. 가입자는 해당 시설에서 정보를 보관하는 동안 정보 수정을 요청할 권리가 있습니다. 일부 제한 사항이 적용됩니다.

수정 요청은 반드시 서면으로 제출해야 합니다. 요청 양식과 제출 방법에 대한 안내를 제공해 드릴 수 있습니다.

요청 사유를 함께 제출해야 합니다.

해당 요청이 서면으로 이루어지지 않았거나 요청을 뒷받침할만한 사유가 포함되지 않은 경우, 요청이 거부될 수 있습니다. 또한, 다음에 해당하는 경우에는 정보 수정 요청을 거부할 수 있습니다. o 해당 정보를 작성한 자가 더이상 수정할 수 없는 경우가 아닌 한 ACHCSA가 작성하지 않은 정보.

o ACHCSA 시설에서 보관하는 건강 정보에 해당하지 않는 경우. o 가입자가 열람 또는 복사할 수 있는 정보에 해당하지 않는 경우. 가입자의 수정 요청이 거부되더라도, 본인이 생각하기에 기록 중 불완전하거나 부정확하다고 생각하는 항목이나 문장에 대해 부속 문서를 제출할 권리가 있습니다. 본인의 건강 기록에 부속 문서를 포함하고 싶다는 것을 명확하게 서면으로 표현한 경우 가입자의 기록에 첨부해 드리며, 가입자가 불완전하거나 부정확하다고 생각하는 항목 또는 문장을 공개할 때마다 해당 문서를 포함할 것입니다.

**특별 개인 정보 보호 요청 권리.** 가입자는 치료, 비용 지불 또는 의료 업무 수행과 관련하여 ACHCSA가 사용 또는 공개하는 건강 정보를 제한하거나 제약하도록 요청할 권리가 있습니다. 또한, 가족이나 친구 등 가입자의 치료나 치료 비용 지불에 관여하는 사람에게 ACHCSA가 공개하는 본인의 건강 정보를 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어 가입자는 진단 또는 치료에 관해 친구나 가족에게 어떠한 정보도 사용하거나 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다.

ACHCSA가 가입자의 치료, 비용 지불, 의료 업무 수행에 관한 정보 사용 제한 요청에 동의하는 경우, 응급 치료를 제공하는 데 해당 정보가 필요하지 않는 한 가입자의 요청을 준수합니다. 정보 제한을 요청하려면 제공자에게 서면으로 요청을 제출해야 합니다. 요청에는 제한하고자 하는 정보, 사용, 공개, 사용 및 공개 중 제한하고 싶은 부분, 해당 제한 요청의 적용 대상을 명시해야 합니다.

가입자가 전액을 자가 부담으로 지불한 정신 건강 치료 항목 또는 서비스에 관하여 건강 보험에 정보 공개를 제한한 경우에는 해당 치료 정보를 반드시 공개해야 하거나 법적 사유가 없는 한 가입자의 요청을 따릅니다. ACHCSA는 그 밖의 모든 요청을 수락 또는 거부할 권리가 있으며 가입자에게 결정 내용을 알려드립니다.

**비밀 의사소통 방식을 요청할 권리.** 가입자는 의학적 사안을 특정한 방식이나 특정한 장소에서 논의하도록 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, ACHCSA가 직장이나 우편을 통해서만 가입자에게 연락하도록 요청할 수 있습니다. 비밀 의사소통 방식을 요청하려면 제공자에게 서면으로 요청을 제출해야 합니다. 요청 사유는 묻지 않을 것입니다. 또한, 모든 합당한 요청을 수용할 것입니다. 요청서에는 연락을 받을 방법이나 장소를 명시해야 합니다.

**고지를 인쇄본으로 받을 권리.** 가입자는 본 고지의 인쇄본을 받을 권리가 있습니다. 언제라도 본 고지의 인쇄본을 요청할 수 있습니다. 고지를 디지털 형식으로 수령하는 데 동의했더라도 본 고지를 인쇄본으로 요청할 수 있습니다. 제공자나 위에 언급한 프로그램 중 한 곳에서 본 고지의 인쇄본을 받을 수 있습니다.

**공개 내역에 대한 권리.** 가입자는 “공개 내역”을 요청할 권리가 있습니다. 공개 내역이란 가입자가 요청한 날로부터 최근 6년간 ACHCSA가 가입자의 건강 정보를 공개한 목록입니다. 이 내역에 포함되지 않는 항목은 다음과 같습니다.

치료, 비용 지불, 의료 업무 수행에 필요한 공개 내역.

가입자에게 공개한 내역.

다른 방식으로 허가 또는 요구된 공개 내용의 우발적인 공개 내역.

가입자의 서면 허가로 이루어진 공개 내역.

ACHCSA가 법적으로 허용되는 방식이나 법률에 따라 공개한 일부 기타 내역.

이 목록이나 공개 내역을 요청하려면 서면으로 요청을 제출해야 합니다. 요청 양식과 제출 방법에 대한 안내를 제공해 드릴 수 있습니다. 요청 시 기간을 명시해야 하며, 이 기간은 6년을 넘을 수 없고 2003년 4월 14일 이전 일자를 포함할 수 없습니다. 요청에는 원하는 목록 수령 형식(예: 인쇄본 또는 디지털본)을 기재해야 합니다. 12개월 이하의 기간으로 요청하는 첫 목록은 무료로 제공됩니다. 이후 요청에 대해서는 목록 제공 비용이 청구될 수 있습니다. 관련 비용을 알려드리며 가입자는 실제 비용이 발생하기 전 해당 시점에 요청을 취하하거나 수정할 수 있습니다.

이와 더불어 ACHCSA는 가입자의 건강 정보가 위법적으로 이용 또는 공개된 경우 법률에 따라 본인에게 고지해야 합니다.

**고지에 대한 변경 사항**

ACHCSA는 본 고지를 변경할 권리가 있습니다. ACHCSA는 이미 보유한 가입자의 건강 정보와 향후 입수하게 되는 정보에 적용되는 고지를 개정 또는 변경할 권리가 있습니다. ACHCSA 시설과 제공자 웹 사이트에 현재 적용되는 고지를 게시할 것입니다. 가입자는 개인정보 보호 관행 고지에 변경 사항이 생기거나 새로운 서비스 시설에 등록하는 경우 새 고지를 받게 됩니다.

**문제 제기**

의료 서비스 기관에서 제공되는 모든 프로그램은 가입자의 개인 건강 정보를 보호하기 위해 노력하고 있습니다. 본인의 개인 정보에 관한 권리가 침해되었다고 생각하는 경우, 침해가 일어난 것으로 의심되는 부서에 문제 제기를 제출할 수 있습니다. ACHCSA가 빠른 시일 내에 가입자의 클레임을 조사하고 필요에 따라 교정 조치를 취합니다.

모든 문제 제기는 서면으로 제출해야 합니다. 문제 제기에 대한 불이익은 없습니다. 다음 연락처에 문의하면 양식과 문제 제기 작성 안내를 받을 수 있습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES****(행동건강 캐어 서비스)**  | Consumer Assistance Office 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787 |
| **DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH** **(환경보건부)** | Office of the Director 1131 Harbor ParkwayAlameda, CA 94502 (510) 567-6700 |
| **ADMINISTRATION AND INDIGENT HEALTH****(행정 및 저소득층 건강부)** | Office of the Director 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452  |
| **PUBLIC HEALTH DEPARTMENT****(보건부)** | Office of the Director ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000 |

미국 보건복지부에도 문제 제기를 제출할 수 있습니다. 보건복지부가 의료 서비스 기관에 문제 제기 조사를 요청하므로 위의 주소로 의료 서비스 기관에 직접 문의하는 것보다 문제 해결에 시간이 더 많이 소요될 수 있습니다. 미국 보건복지부 장관실에 문제를 제기하려면 다음으로 문의하시기 바랍니다.

**Office of Civil Rights**

**U.S. Department of Health and Human Services**

**50 United Nations Plaza, Room 322**

**San Francisco, CA 94102**

**415) 437-8310, (415) 437-8311 (TDD)**

**(415) 437-8329 팩스**

**웹 사이트:** [***www.hhs.gov/ocr***](http://www.hhs.gov/ocr)

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

주의 깊게 검토하시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| (약물 사용 치료 서비스를 받는 수혜자만 해당) |
| **42 CFR, 파트 2:** 의료 비용 지불을 비롯한 가입자의 의료 관련 일반 정보는 1996년 건강 보험 양도 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, 이하 HIPAA), 42 U.S.C. § 1320d et seq., 45 C.F.R. 파트 160 & 164 및 비밀보장법(Confidentiality Law), 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. 파트 2 등의 연방 법률 및 규정에 따라 보호됩니다. 이러한 법률 및 규정에 따라 가입자의 약물 사용 장애(이하 SUD) 치료 기록의 비밀 보장성은 약물 남용 교육, 예방, 훈련, 치료 재활 또는 연구와 관련된 연방 지원 프로그램 또는 활동의 수행으로 발생한 신원, 진단, 예후, 치료 기록의 비밀을 보호합니다. 제공자는 연방 법이 허용하는 경우를 제외하고 외부인에게 가입자의 프로그램 참여 여부를 발설하거나 알코올 또는 약물 치료 환자라는 것을 식별하는 정보를 공개하거나 기타 보호되는 정보를 공개할 수 없습니다.제공자는 비용 결제를 위해 가입자의 정보를 공개하기 전에 반드시 가입자의 서면 동의를 받아야 합니다. 예를 들어 제공자가 서비스 비용을 받고자 가입자의 건강 보험 회사에 정보를 공개하려면 먼저 가입자의 서면 동의를 받아야 합니다. 제공자가 마케팅 목적으로 가입자의 정보를 판매하거나 가입자의 정보를 공개하려 할 때도 먼저 가입자의 서면 동의를 받아야 합니다. 일반적으로 제공자가 치료나 의료 업무 수행을 위해 정보를 공유하기 전에도 가입자가 서면 동의를 제공해야 합니다. 통상, 제공자는 클라이언트가 SUD 클라이언트라는 것을 직접적 또는 간접적으로 밝히는 정보를 공개할 수 없지만 다음과 같은 경우에는 연방 법률 및 규정에 따라 가입자의 서면 동의*없이도* 제공자가 정보를 공개할 수 있습니다.1. 클라이언트가 본인 또는 타인에게 위협이 되는 상황
2. 클라이어트가 타인에게 위협을 가하거나 해를 가하겠다고 협박하는 경우
3. 클라이언트가 본인에게 필요한 치료에 대해 이성적인 결정을 내릴 수 없는 상황
4. 클라이언트가 아동 학대 또는 방임의 용의자인 경우
5. 클라이언트가 노인 학대의 용의자인 경우
6. 클라이언트가 의학적 응급 상황에 처했으며 공개 승인을 할 수 없는 경우
7. 클라이언트 정보를 품질 검토에 사용하는 경우
8. 정식으로 인증된 서비스 조직(Qualified Service Organization, QSO)의 계약에 따라(예: 기록 보관, 회계, 기타 전문 서비스)
9. 인증 및 인가 단체의 검토를 위해

42 CFR 파트 2에 해당하는 프로그램이 연방법 및 규정을 위반하는 것은 범죄이며, 위반이 의심되는 경우 U.S. Attorney for the Northern District of California(450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) 및 California Department of Health Care Services(1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413) 등의 관련 당국에 신고할 수 있습니다. 제공자가 위의 설명이나 기타 적용 법률 및 규정(예: 42 CFR 파트 2)에 따르지 않은 방식으로 가입자의 건강 정보를 사용 또는 공개하려면 먼저 가입자가 공개를 허용한다는 서면 동의를 얻어야 합니다. 그러한 서면 동의는 구두 또는 서면으로 가입자가 철회할 수 있습니다.제공자의 의무: 제공자는 법률에 따라 가입자의 건강 정보 및 SUD 정보의 기밀성을 유지하고, 가입자의 건강 정보에 대한 법적 의무와 개인 정보 보호 관행 고지를 제공해야 합니다. 제공자는 법률에 따라 본 고지의 조항을 준수하고 보호되는 모든 건강 정보에 적용되는 신규 고지 조항을 작성해야 합니다. 개정 및 갱신 고지는 치료 세션 중 개인에게 제공되며 로비의 공개 게시판에 게시됩니다.불만 제기 및 위반 신고: 비밀 보장 문제 등 서비스와 관련한 사항에 만족하지 못하였거나 문제에 관해 제공자와 이야기하는 것이 불편한 경우, **소비자 지원(1 (800) 779-0787번)**에 문의할 수 있습니다. 자세한 정보는 본 책자 4~5페이지의 수혜자 문제 해결 절차를 참조하시기 바랍니다. |

|  |  |
| --- | --- |
| 수혜자 이름: | 프로그램 이름:RU #(해당하는 경우):  |
| 생년월일: | 입원 날짜: |
| INSYST #: |

# 수령 확인서

**서비스 동의**

책자의 1페이지에 설명된 바와 같이 아래에 서명하면 해당 제공자에게 자발적으로 행동 건강 의료 서비스를 받는 데 동의하게 됩니다. 수혜자의 법적 대리인인 경우, 법적 대리인의 서명이 동의를 나타내게 됩니다.

**안내 자료**

가입자의 서명은 또한 아래 표시된 자료가 가입자의 언어 또는 이해할 수 있는 방식으로 논의되었으며 기록 보관을 위해 안내 자료 책자를 수령하였고 표시한 가이드 및 제공자 목록 수령 방식에 동의한다는 것도 의미합니다. 가입자는 언제든지 다시 자료의 설명과 사본을 요청할 수 있습니다.

**최초 안내**

아래 상자에 입원 또는 기타 시기에 가입자와 논의한 자료를 표시하시기 바랍니다.

* 서비스 동의
* 선택의 자유
* 차별금지 통보
* 비밀 보장 및 개인 정보
* 편안하고 안전한 환경 조성하기(*주 정부 필수 안내 자료 아님*)
* “Medi-Cal 정신 건강 서비스 가이드” 또는 “약물 Medi-Cal 서비스 가이드”

수령 방식: [ ] 웹 [ ]  이메일 [ ] 인쇄본

* Alameda County Behavioral Health Plan (알라메다 카운티 행동건강 플랜) 제공자 목록

수령 방식: [ ] 웹 [ ] 이메일 [ ] 인쇄본

* 수혜자 문제 해결 정보
* 사전 의료 지시서 정보(만 18세 이상 또는 클라이언트의 만 18세 생일)

*의료 지시서를 작성한 적이 있습니까?* *[ ] 예* *[ ] 아니요*

*작성한 적이 있다면 기록 보관을 위해 사본을 제공하시겠습니까?* *[ ] 예* *[ ] 아니요*

*작성한 적이 없다면 작성에 도움이 필요하십니까?* *[ ] 예* *[ ] 아니요*

* 개인 정보 보호 관행 고지 - HIPAA & HITECH
* 정보 고지 42 CFR 파트 2: 약물 및 알코올 환자에 관한 정보 공개(*약물 사용 치료 서비스를 받는 클라이언트만 해당*)

|  |  |
| --- | --- |
| 수혜자 서명:(또는 해당하는 경우, 법적 대리인) | 날짜: |
| 임상의/직원 증인 이니셜: | 날짜: |
| 가이드 및 제공자 목록 발송용 이메일 주소(해당하는 경우): |

**연례 알림:** 담당 제공자는 가입자가 매년, 위에 기재된 자료를 검토하도록 안내해야 합니다. 아래 상자에 본인의 이니셜과 날짜를 적어 안내를 제공한 시기를 기록해야 합니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 이니셜 및 날짜: | 이니셜 및 날짜: | 이니셜 및 날짜: | 이니셜 및 날짜: |

매년(위 내용 참조) 하나의 상자에 ***수혜자***의 이니셜과 날짜(또는 법적 대리인)를 기재합니다.

* 제공자 지침:
* *최초 안내: 책자의 각 관련 항목을 수혜자가 선호하는 언어나 의사소통 방식으로 수혜자 또는 법적 대리인과 논의하십시오. 앞장 상단의 개인 정보 상자를 작성하십시오. 상자에 체크하여 논의/제공한 항목을 표시하십시오. 수혜자에게 해당하는 상자에 서명하고 날짜를 기입하도록 요청하십시오. 해당하는 상자에 직원의 이니셜과 날짜를 기입하십시오. 나머지 정보 안내 책자를 기록 보관용으로 수혜자에게 제공하십시오. 서명 페이지를 챠트에 첨부하십시오.*
* *연례 알림: 가입자가 검토할 수 있는 모든 자료를 안내하고 요청이 있는 경우 자료를 검토하십시오. 제공된 상자에 적절한 날짜와 이니셜을 기입하십시오.*
* *본 책자는 일정 비율을 초과하는 모든 언어로 제공됩니다. 자세한 안내 용지는* [*http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm*](http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm)*에서 확인하시기 바랍니다.*