



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

정보 자료 패킷

알라미다 카운티 행동 건강 부서(ACBHD)

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

ACBHD 품질 보증(QA) 사무소

QAOffice@acgov.org

2025년 4월 개정

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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD ACCESS에 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 ACBHD 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協助服務。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռախոյալ՝ 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD ACCESS 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 ACBHD 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ACBHD 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ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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، مجاناً عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711). (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 โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)



(Cambodian)

[illegible]

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

目 录 表

서비스 제공자 대상 전달 사항	10
알라미다 카운티 건강 부서, 행동 건강 플랜에 오신 것을 환영합니다	11
선택의 자유	12
차별 금지 통지	13
서비스에 대한 동의	15
원격 의료 서비스 동의	15
치료 서비스 및 의료 서비스 제공자	16
치료 서비스	16
의료 서비스 제공자	16
따뜻하고 안전한 분위기의 치료 환경	17
비자발적 퇴원	17
회원 핸드북	19
서비스 제공자 명부	20
비용급 정신 건강 또는 약물 사용 치료 서비스	20
위기 관리 서비스	20
문제 해결	21
고충 처리	21
고충 제기 방법	21
개별 실무자와 관련된 민원을 제기할 수 있는 기타 옵션	22
이의 신청	22
이의 신청 방법	22
주 공청회	23
주 공청회를 요청 방법	23
환자의 권리	24
환자의 권리에 대한 민원 등록 방법	24
기타 리소스	24
사전 의료 지시서	25
기밀 유지 및 개인 정보 보호	26
개인 정보 보호 관행 고지	27

본 고지 사항의 약관 변경	32
42 CFR, 파트 2: 약물 및 알코올 치료 서비스 관련 개인정보 보호	33
의료 제공자의 책임	34
고충 및 위반 보고	34
수령 확인	35

서비스 제공자 대상 전달 사항

서비스 제공자님, 알라미다 카운티 행동 건강 플랜 회원에게 서비스를 제공해 주셔서 감사합니다. 필수 준수 사항으로 이 정보 제공 자료 패킷을 검토하고 회원 또는 회원의 법정 대리인에게 제공해 주시기 바랍니다. 다음은 필수 사항에 대한 자세한 지침입니다:

- 이 정보 제공 자료 패킷을 검토하고 서비스 접수 시점 및 서비스 요청 시점에 회원 또는 법정 대리인에게 이 자료의 사본을 회원이 선호하는 언어 또는 의사소통 방법으로 제공합니다.
- 내용에 중대한 변경 사항이 있을 때마다 안내 자료 패킷, 개인정보 처리방침 고지, 회원 핸드북을 검토하고 그 사본을 회원 또는 법정 대리인에게 제공합니다.
- 어떤 포맷이나 레이아웃을 이 패킷의 내용에 추가하거나 변경할 수 있지만 내용 자체는 어떤 방식으로든 삭제하거나, 변경하거나 또는 부인할 수 없습니다.
- 회원이나 회원의 법정 대리인에게 '*의료적 치료에 관한 결정을 내릴 귀하의 권리*'라는 제목의 문서 사본을 회원이나 법정 대리인이 선택한 언어 또는 형식으로 제공합니다. 문서는 여기에 있습니다.
<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>
- 회원이나 회원의 법정 대리인에게 해당문서의 '*수령 확인*' 페이지에 서명하고 날짜를 기입하도록 요청하고 해당 페이지를 회원의 차트에 보관합니다.

모든 기준 언어로 된 정보 자료 패킷은 알라미다 카운티 행동 건강 부서의 다음 서비스 제공자 웹 사이트에서 확인할 수 있습니다.

<http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm>

알라미다 카운티 건강 부서, 행동 건강 플랜에 오신 것을 환영합니다

환영합니다! 귀하를 본 의료 제공시설에 행동 건강 서비스를 요청하는 알라미다 카운티 행동 건강 플랜(BHP)의 회원이므로, 귀하의 권리와 책임을 설명하는 이 정보 자료 패킷을 살펴보시기 바랍니다. 알라미다 카운티 건강 부서의 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.

지침 사항:

- 서비스 제공업자는 접수 시점에 귀하와 함께 이 자료를 검토해야 하며, 귀하가 검토를 요청하면 언제든지 검토해야 합니다.
- 이 패킷은 귀하가 원할 때 언제든지 검토할 수 있도록 자택으로 가져갈 수 있는 사본이 제공됩니다.
- 귀하는 이 패킷의 마지막 페이지에 서명하여 자료를 제공받았고 함께 검토했음을 표시해 달라는 요청을 받게 됩니다.
- 귀하의 의료 서비스 제공자가 원본 서명 페이지를 보관합니다.

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

선택의 자유

귀하의 행동 건강 플랜 담당 기관으로서 본 기관은 귀하에게 다음 사항을 알려야 합니다.

- 행동 건강 시스템에 동의하고 참여하는 것은 자발적인 선택이며 다른 커뮤니티의 서비스를 이용하기 위해 요구되는 사항이 아닙니다.
- 귀하는 Medi-Cal에서 자금을 지원하는 다른 행동 건강 서비스를 이용할 권리가 있으며 의료 제공시설 및/또는 직원 변경을 요청할 권리가 있습니다.
- 행동 건강 플랜(BHP)은 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 (회원의 종교적 신념에 관계없이) 자격이 있는 모든 회원에게 서비스를 제공해야 하고 종교 활동(예배, 종교적 가르침 또는 회원을 개종하려는 시도)을 지원하는 데 연방 기금을 사용해서는 안 된다는 내용이 포함됩니다. 종교 기반 의료 제공시설을 추천받았으나 시설의 종교적 성격 때문에 해당 제공시설로부터 서비스 받기를 거부하려는 경우 요청에 따라 다른 제공시설을 알아볼 권리가 있습니다.

참고: 본 기관은 모든 합리적인 요청을 수용하기 위해 최선을 다할 것입니다. 그러나 종교적 특성으로 인한 경우를 제외하고는 서비스 제공시설 변경 요청이 항상 수용된다고 보장하는 것은 아닙니다.

차별 금지 통지

차별은 위법입니다. 알라미다 카운티 행동 건강 부서(카운티 및 계약 서비스 제공자 포함)는 주 및 연방 민권법을 준수합니다. 알라미다 카운티 행동 건강 부서(ACBHD)는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 신원, 나이, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 성적 지향, 또는 연방이나 주 민권법에 의해 보호되는 기타 근거 등을 이유로 어느 누구도 불법적으로 차별하거나, 배제하거나 차별적으로 대우하지 않습니다.

ACBHD는 다음을 제공합니다.

- 장애인의 원활한 의사소통을 돕기 위해 다음과 같은 무료 보조 도구 및 서비스 등을 제공: 자격을 갖춘 수화 통역사, 기타 형식의 서면 정보(큰 활자 인쇄물, 점자, 오디오 및/또는 이용 가능한 전자 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들을 위한 다음과 같은 무료 언어 서비스 제공: 자격을 갖춘 통역사 및 다른 언어로 작성된 정보.

이러한 서비스가 필요한 경우, 서비스 제공자에게 문의하거나 ACBHD ACCESS, 1-800-491-9099(TTY: 711)로 연락하시기 바랍니다. 또는 청각 장애나 언어 장애가 있는 경우, 711(캘리포니아 주 중개소)로 전화하시기 바랍니다.

ACBHD가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 신원, 나이, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향에 근거하여 다른 방식으로 불법적으로 차별했다고 생각되면 여러가지 방법으로 고충을 제기할 수 있습니다.

ACBHD 소비자 지원실

- 전화:
1-800-779-0787 ACBHD 소비자 지원실
청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면 캘리포니아 중계 서비스(California Relay Service) 711로 전화하시기 바랍니다.
- 미국 우편: 고충 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.
소비자 지원실
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
고충 제기 양식은 온라인으로 제공됩니다. <https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>.
- 방문:
정신 건강 협회 소비자 지원실

2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

민권 사무실 - 캘리포니아주 보건부

또한 캘리포니아주 보건부, 민권 사무실에 전화나 서면, 또는 전자적 방식을 이용하여 민권 관련 민원을 제기할 수 있습니다.

- 전화:
916-440-7370로 연락.
말하거나 듣는 데 도움이 필요하시면 711(캘리포니아주 중계 서비스)로 연락하시기 바랍니다.
- 민원 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 발송:
보건부 민권 사무소(Department of Health Care Services Office of Civil Rights)
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
민원 제기 양식: <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 전자 문서: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일 전송.

민권 사무실 - 미국 보건복지부

또한 미국 보건복지부, 민권 사무실에 전화나 서면, 또는 전자적 방식을 이용하여 민권 관련 민원을 제기할 수 있습니다.

- 전화:
1-800-368-1019로 연락
말하거나 듣는 데 도움이 필요하시면 711(캘리포니아주 중계 서비스)로 연락하시기 바랍니다.
- 민원 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 발송:
미국 보건복지부
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
민원 제기 양식 이용: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 민원 포털을 통한 전자적 방법: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

서비스에 대한 동의

본 행동 건강 플랜(BHP)의 회원으로서, 패킷 마지막 페이지에 귀하 또는 귀하의 법적 대리인이 서명하면 본 의료 제공시설의 행동 건강 의료 서비스에 대해 귀하가 자발적으로 동의한 것이 됩니다.

서비스에 대한 귀하의 동의는 이 서비스 제공시설이 귀하가 받을 치료에 대해 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있도록 이용 가능한 치료 옵션 및 대안에 대해 알려줄 의무가 있음을 의미합니다. 귀하는 자신이 받는 의료 서비스에 관한 결정에 참여할 권리와 치료를 거부할 권리가 있습니다.

귀하의 의료 서비스 제공시설에는 귀하가 받을 수도 있는 서비스 종류를 더 자세히 설명하는 추가적인 동의서가 있을 수 있습니다. 또한 특정 약을 처방 받거나 원격 의료를 통해 서비스를 제공하는 경우 등 일부 상황에서는 별도의 동의가 필요합니다.

원격 의료 서비스 동의

원격 의료 서비스는 영상과 오디오 또는 오디오(전화)만을 통해서 실시간으로 제공되는 서비스입니다. 의료 서비스 제공자는 원격 의료 서비스를 시작하기 전에 서면이나 구두로 귀하의 동의를 얻어야 합니다.

의료 서비스 제공자는 다음을 귀하에게 설명해야 합니다.

- 귀하는 직접 대면 방문 또는 원격 의료 서비스를 통해 Medi-Cal이 보장하는 서비스를 이용할 권리가 있습니다.
- 원격 의료 서비스를 사용할지에 대한 결정은 자발적이며, 귀하는 향후 보장 서비스를 이용할 수 있는 권리에 영향을 받지 않으면서 언제든지 원격 의료를 통해 서비스를 받는 것에 대한 동의를 철회하거나 중단할 수 있습니다.
- Medi-Cal은 다른 교통 자원을 이용할 수 없다는 합리적인 판단 하에 대면 서비스를 받을 수 있도록 교통 서비스에 대한 보장을 제공합니다.
- 어떤 경우, 대면 방문에 비해 원격 의료를 통해 의료 서비스를 받을 때 관련된 제한이나 위험이 있을 수 있습니다.

의료 서비스 제공자는 귀하가 이 내용을 주의 깊게 읽었고, 원격 의료를 통해 서비스를 받을 때의 잠재적 제한 사항과 위험을 이해했으며, 귀하의 질문에 대해 만족할 만한 답변을 받았는지 확인해야 합니다.

치료 서비스 및 의료 서비스 제공자

치료 서비스

귀하의 서비스 제공자가 제공하게 될 서비스의 종류에 대해 자세히 설명할 것입니다. 정신 건강 서비스의 경우, 평가, 개별 상담, 집단 상담, 가족 치료, 위기 개입, 심리 치료, 사례 관리, 재활 서비스, 약물 서비스, 치료 계획 개발, 퇴원 계획, 다른 행동 건강 전문가에게 의뢰, 그리고 귀하를 대신하여 다른 전문가와 상담하는 것 등이 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

위의 서비스 외에도 약물 사용 장애(SUD) 외래 환자 치료 서비스에는 중독 치료용 약물(MAT) 또는 임상적으로 지시된 약물 검사도 포함될 수 있습니다. 귀하에게는 추천 또는 제공되는 서비스를 거부할 권리가 있지만, 약물 검사에 대한 특정 요구사항(예: 마약 법원, 보호관찰의 경우)이 있을 수 있습니다. 또한 일부 프로그램에서는 Medi-Cal에 보험금을 구하려면 약물 검사를 실시해야 합니다. 예를 들어 오피오이드 치료 프로그램(OTP)은 프로그램 요건에 따라 약물 검사를 실시해야 합니다.

의료 서비스 제공자

전문 서비스 제공자에는 의사, 전문간호사, 임상간호전문가, 공인 간호사, 의사 보조원, 정신과 기술자, 공인 직업 간호사, 작업 치료사, 약사, 결혼 및 가족 치료사, 임상 사회복지사, 전문 임상 상담사, 심리학자, 준 공인 치료사, SUD 상담사, 정신 건강 재활 전문가, 동료 및 가족 파트너가 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

모든 서비스 제공업자가 면허를 소지한 전문가는 아닙니다. 서비스 제공자는 자신의 자격 증명에 대해 귀하에게 알려야 하며, 진료 면허가 없이 면허를 소지한 전문가의 감독 하에 일하고 있는지 알려야 합니다. 학생 연수생, 인턴 또는 준 치료사는 면허가 없음을 서면으로 알려야 하며 면허가 있는 감독자의 이름과 해당 면허 유형을 알려야 합니다.¹ 모든 무면허 전문 직원은 면허가 있는 전문가의 감독 하에 근무해야 합니다.

¹ [안건 항목 VI- 상태 및 규정의 공고 및 기타 공개 요건에 대한 논의](#)

따뜻하고 안전한 분위기의 치료 환경

알라미다 카운티 행동 건강 플랜의 회원으로서, 귀하가 더 건강하고 생산적인 삶을 향한 여정에서 환영받고 존중받는다는 느낌을 받을 수 있어야 합니다. 안전하고 따뜻한 분위기의 치료 환경을 조성하는 한 가지 방법은 서비스 제공자와 회원 모두가 서로 존중하고 안전 행동과 관련된 특정한 규칙을 준수하도록 요청하는 것입니다. 내용은 다음과 같습니다.

- ✓ 자신과 타인에게 안전한 방식으로 행동합니다.
- ✓ 어떤 종류의 무기도 사용하지 않습니다.
- ✓ 다른 사람에게 예의 바르게 말합니다.
- ✓ 다른 사람의 프라이버시를 존중합니다.
- ✓ 다른 사람과 해당 치료 프로그램 시설의 재산을 소중히 다룹니다.
- ✓ 치료 시설 구내에서 알코올, 마약, 니코틴/담배 제품, 베이프 및 전자 담배의 판매, 사용, 유통은 금지됩니다.

모두에게 안전한 치료 환경을 보장하기 위해 고의로 안전하지 않은 환경을 조성하는 개인은 치료 시설로부터 퇴장하라는 요청 받을 수 있으며, 해당 개인에 대한 서비스가 일시적으로 또는 완전히 중단될 수 있으며, 필요한 경우 해당 개인에 대한 법적 조치가 취해질 수 있습니다.

만약 귀하가 안전하지 않다고 느끼거나 이러한 규칙을 준수할 수 없다고 생각되면 즉시 서비스 제공시설로 문의하세요. 이러한 규칙을 준수하면 안전하고 따뜻한 치료 환경을 조성하는 데 일조하게 됩니다.

비자발적 퇴원

프로그램에서 비자발적으로 퇴소하게 되는 근거로는 다른 참가자에게 지장을 주거나 안전하지 않은 환경을 조성하는 경우가 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 이러한 상황은 종종 회원이 술이나 약물에 취했을 때 벌어집니다. 그러한 경우 상담사는 이에 대해 귀하와 상의하고 즉시 약물 검사를 받도록 권고할 수 있습니다.

그러한 상황에서 귀하가 약물 검사에 동의하거나 거부하는지와 상관없이, 프로그램에 참여하는 모든 사람에게 지장이 없고 안전한 환경이 조성되도록 행동을 변화시킬 수 없는 경우에는 여전히 퇴소될 가능성이 있습니다. 중독 치료 전문가 및 의료 제공시설은 법이 허용하는 범위 내에서 약물 검사 결과가 기밀로 유지되도록 적절한 조치를 취할 것입니다.

마지막으로, 귀하에게 제공되는 프로그램 서비스를 지속적으로 거부하거나 치료 서비스에 참석하지 않는 경우 치료 담당 직원이 귀하에게 더 적합한 여건을 추천할 수도 있습니다.

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

- 전화:
1-800-779-0787 ACBHD 소비자 지원실
청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면 캘리포니아 중계 서비스(California Relay Service) 711로 전화하시기 바랍니다.
- 미국 우편:
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 방문:
정신 건강 협회 소비자 지원실
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

회원 핸드북

행동 건강 플랜(BHP)의 '회원 핸드북, 전문 정신 건강 서비스 및 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템'은 새로운 서비스가 시작될 때마다 또는 귀하가 요청할 때마다 검토되어 제공됩니다. 핸드북에는 서비스를 받을 수 있는 방법, 이용 가능한 서비스, 서비스 이용 방법, 의료 서비스 제공자 소개, 권리 관련 상세 정보, 고충, 진정 및 주 공청회 절차에 대한 정보가 있습니다. 핸드북에는 행동 건강 플랜의 중요한 전화번호도 기재되어 있습니다.

회원 핸드북은 다음에서 온라인으로 확인할 수 있습니다.

<https://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/>. 회원 핸드북의 종이 사본을 원하는 경우 귀하의 서비스 제공자에게 알려주세요. 서비스 제공자는 귀하의 요청이 있는 날로부터 5일 이내에 핸드북의 종이 사본을 무료로 제공해야 합니다.

회원 핸드북은 다음 언어로 제공됩니다. 영어, 스페인어, 아랍어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 타갈로그어, 베트남어.

점자나 오디오 버전과 같은 다른 형식의 핸드북이 필요한 경우, 서비스 제공자에게 연락하거나 ACBHD ACCESS에 1-800- 491-9099(TTY: 711)로 문의하시기 바랍니다. 또는 이메일을 이용하여 알라미다 카운티 행동 건강 품질 보증 분과에 연락하여 요청할 수도 있습니다. QAIM@acgov.org.

서비스 제공자 명부

서비스 제공자 명부는 접수 시작 시점 또는 귀하가 요청할 때마다 검토되고 제공됩니다. 이 명부는 커뮤니티에서 카운티 행동 건강 의료 서비스 제공자 및 카운티와 계약을 맺은 행동 건강 의료 서비스 제공자의 목록으로 매월 업데이트됩니다.

서비스 제공자 명부는 다음에서 온라인으로 확인할 수 있습니다.

<https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/> 서비스 제공자 명부의 종이 사본을 원하는 경우 귀하의 서비스 제공자에게 알려주세요. 서비스 제공자는 귀하의 요청이 있는 날로부터 5일 이내에 종이 사본을 무료로 제공해야 합니다.

서비스 제공자 명부는 다음 언어로 제공됩니다. 영어, 스페인어, 아랍어, 중국어, 페르시아어, 필리핀어, 크메르어, 한국어, 베트남어.

비용급 정신 건강 또는 약물 사용 치료 서비스

서비스 제공자 명부에 대해 궁금한 점이 있는 경우, 아래 전화번호를 사용하여 귀하의 건강 플랜 보험사로 문의할 수 있습니다. 담당자가 서비스 제공자의 채용 공식 여부와 자격 기준을 알려줄 수 있습니다. 언어 지원이 가능합니다.

청각 또는 언어적 도움이 필요한 경우 캘리포니아 중계 서비스 711번으로 전화하여 고객 서비스 라인에 연결하는 데 필요한 도움을 받으시기 바랍니다.

- 정신 건강 서비스: ACCESS 프로그램 1-800-491-9099로 전화하세요.
- 약물 사용 치료 서비스: 약물 사용 치료 및 의뢰 헬프라인 1-844-682-7215으로 전화하세요.

위기 관리 서비스

귀하가 행동 건강 위기를 겪고 있다면, 988 또는 (800) 309-2131로 전화하거나 또는 20121로 '안전' 또는 'Seguro'라고 문자 메시지를 보내세요. 또한 전국 자살 예방 라이프라인 (1 (800) 273-8255)로 문의할 수도 있습니다.

문제 해결

알라미다 카운티 행동 건강 플랜의 회원으로서 귀하가 현재 받고 있는 서비스에 만족하지 못할 경우 이용할 수 있는 다양한 옵션이 있습니다. 옵션 및 관련 양식에 대한 자세한 정보는 다음 ACBHD 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. <https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>

고충 처리

귀하에게는 서비스 제공시설이나 서비스가 만족스럽지 않다고 생각되면 언제든지 고충 또는 민원을 제기할 권리가 있습니다. 예시:

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

고충 제기 방법

아래 설명된 절차를 사용하여 서비스 제공시설에 직접 또는 알라미다 카운티 행동 건강 부서에 고충을 제기할 수 있습니다.

알라미다 카운티 건강 부서(ACBHD):

- 전화:
1-800-779-0787 ACBHD 소비자 지원실
청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면 캘리포니아 중계 서비스(California Relay Service) 711로 전화하시기 바랍니다.
- 미국 우편:
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 방문:
정신 건강 협회 소비자 지원실
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

귀하의 서비스 제공자:

담당 의료 제공자가 귀하의 고충을 내부적으로 해결하거나 ACBHD로 안내합니다. 의료 제공자로부터 작성 양식과 도움을 받을 수 있습니다.

개별 실무자와 관련된 민원을 제기할 수 있는 기타 옵션

개별 서비스 제공자와 관련된 민원은 해당 라이선스 위원회에 접수할 수도 있습니다. 예시:

- 행동과학위원회는 다음 개별 치료자 유형의 진료 범위 내에서 제공되는 서비스에 관한 민원을 접수하고 이에 대응합니다. *부부 및 가족 치료사, 공인 교육 심리학자, 임상 사회복지사 또는 전문 임상 상담사.*

전화로 직접 민원을 제기할 수 있습니다: (916) 574-7830 또는 온라인:

<https://www.bbs.ca.gov/consumers/>.

- 심리학자 또는 준 심리학자가 불법적이거나 무책임하거나 비전문적으로 행동했다고 생각되면 심리학위원회에 민원을 제기할 수 있습니다. 자세한 정보가 담긴 다음 링크를 확인하세요. <https://www.psychology.ca.gov/consumers/filecomplaint.shtml>

- 의료 전문가와 관련된 고충은 캘리포니아주 의료위원회에 제기할 수 있습니다. 자세한 정보가 담긴 다음 링크를 확인하세요.

<https://www.mbc.ca.gov/Resources/BreEZe-Resources-Center/Complaints.aspx>

이의 신청

귀하는 혜택과 관련된 행동 건강 플랜(BHP)의 조치를 알리는 '불리한 혜택 결정 통지서'(NOABD)를 받은 경우 이의를 제기할 권리가 있습니다. 예시:

- 요청한 서비스가 거부되거나 제한되는 경우.
- 이전에 승인되어 현재 받고 있는 서비스가 축소, 중단 또는 종료된 경우.
- 귀하가 받은 서비스에 대한 지급을 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.

이의 신청 방법

Medi-Cal 서비스를 받는 Medi-Cal 회원인 경우 아래에 설명된 절차를 따라 알라미다 카운티 행동 건강 부서에 이의를 제기할 수 있습니다.

- 전화:
1-800-779-0787 ACBHD 소비자 지원실
청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면 캘리포니아 중계 서비스(California Relay Service) 711로 전화하시기 바랍니다.

- 미국 우편:
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606
- 방문:
정신 건강 협회 소비자 지원실
2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705

주 공청회

행동 건강 플랜(BHP)의 이의 신청 절차를 완료했지만 문제가 만족스럽게 해결되지 않은 경우, 캘리포니아 사회복지부가 실시하는 독립적 조사인 주 공청회를 요청할 권리가 있습니다. NOABD 수령 여부와 관계없이 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

주 공청회 요청서는 각 이의 신청 결과 통지서(NAR)에 포함되어 있습니다. 공청회 요청은 소인이 찍힌 날짜 또는 BHP가 직접 NAR을 제공한 날로부터 120일 이내에 제출해야 합니다.

청문회를 기다리는 동안 같은 서비스를 계속 이용하려면 NAR을 우편으로 수령하거나 개별 수령한 날로부터 10일 이내 또는 서비스 변경 발효일 중 더 늦은 날짜 이전에 청문회를 요청해야 합니다.

주 정부는 표준 청문회 요청일로부터 역일 90일 이내에 결정을 내려야 하며 신속 청문회를 요청한 경우 요청일로부터 3일 이내에 결정을 내려야 합니다.

BHP는 BHP의 불리한 혜택 결정을 번복하도록 통지를 받은 날로부터 72시간 이내에 즉시 분쟁 중인 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

주 공청회를 요청 방법

- 전화:
1 (800) 952-5253 또는 TTY 1 (800) 952-8349
- 온라인:
<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>
- 서면:
California Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

환자의 권리

일반적으로 입원 환경에서 받는 서비스와 관련된 문제, 특히 비자발적 강제 입원 및 후견인 제도와 관련된 문제는 고충 처리 또는 진정 절차가 아니라 환자의 권리와 같은 기존 법적 구제책을 통해 처리됩니다. 예시:

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

환자의 권리에 대한 민원 등록 방법

환자 권리 옹호자에게 1(800) 734-2504로 연락하거나 카운티 외 지역에서는 (510) 835-2505로 전화하세요. 근무 시간 이후에는 자동 응답하는 24시간 전화번호입니다. 수신자 부담 전화가 허용됩니다.

기타 리소스

문제 해결 프로세스와 관련된 더 자세한 정보는 회원 핸드북의 '*문제 해결 프로세스: 민원, 이의 신청 또는 주 공청회 요청 섹션*'을 참조하세요. 통합 회원 핸드북은 서비스 제공자 웹사이트의 다음 품질 보증 안내 자료 페이지에 게시되어 있습니다.

<https://bhcsproviders.acgov.org/providers/QA/General/informing.htm>

문의 사항이 있거나 필수 양식 작성에 도움이 필요한 경우, 귀하의 서비스 제공자에게 문의하거나 소비자 지원실 (1(800) 779-0787)로 전화하세요.

사전 의료 지시서

(만 18세 이상인 경우에만 적용)

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 전달할 수 있습니다. 이러한 과정을 사전 지시서 작성 과정이라고 합니다.

사전 의료 지시서 작성은 의무가 아니며, 작성 여부가 알라미다 카운티 행동 건강 부서에서 귀하에게 제공하는 행동 건강 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 하지만 지금 이 절차에 대해 알아보고 귀하의 향후 의료 서비스에 대한 계획을 세우는 것이 좋습니다. 알라미다 카운티 행동 건강 부서의 행동 플랜 서비스 제공자와 직원이 사전 의료 지시서 작성 과정에서 귀하를 도울 수는 있지만 귀하 대신 작성할 수는 없습니다.

미국 국립정신건강연맹(NAMI)은 이 주제에 대한 유용한 정보를 다음에서 제공합니다.
<https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Responding-to-Crises/Psychiatric-Advance-Directives/>

또한 정책 및 절차 페이지의 섹션 300-2에서 이 주제에 대한 ACBHD 정책을 검토할 수 있습니다. <https://bhcsproviders.acgov.org/providers/PP/Policies.htm>

사전 의료 지시서 양식은 다음 캘리포니아주 법무부 웹사이트 에서 확인할 수 있습니다.
<https://oag.ca.gov/system/files/media/ProbateCodeAdvanceHealthCareDirectiveForm-fillable.pdf>

사전 지시서 요청 사항에 대한 민원이 있는 경우 전화 1-800-779-0787로 소비자 지원실에 문의하시기 바랍니다.

기밀 유지 및 개인 정보 보호

본 치료 서비스에 참여하는 동안 귀하의 건강 정보를 기밀로 유지하고 개인 정보를 보호하는 것은 중요한 개인의 권리입니다. 이 패킷에는 귀하의 치료 기록 및 개인 정보가 어떻게 사용되고 다른 사람과 공유되는지, 개인 건강 정보를 어떻게 열람할 수 있는지에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다.

이 패킷에는 귀하의 권리를 자세히 설명하는 두 가지 중요한 문서가 포함되어 있습니다.

- 개인정보 취급방침 고지
- 42 CFR 파트 2 약물 및 알코올 치료 서비스 관련 개인정보 보호

귀하의 서비스 제공자는 이 정보 제공 자료 패킷을 검토하면서 이 두 문서와 기밀 유지의 한계에 대해 귀하와 함께 검토할 것입니다.

참고: 접수 시점에서 귀하와 함께 검토한 개인정보 처리방침 고지에 개정 사항이 발생하는 경우, 귀하의 서비스 제공자는 귀하와 함께 업데이트 내용을 다시 검토하고 이를 확인하기 위해 귀하의 서명을 받아야 하며 귀하의 의료 기록에 귀하의 서명을 받은 양식 사본을 보관해야 합니다.

개인 정보 보호 관행 고지



귀하의 정보

귀하의 권리

본 기관의 책임

이 고지에서는 귀하에 관련된 건강 정보가 어떻게 사용되거나 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 이 정보를 어떻게 열람할 수 있는지에 대해 설명합니다.

귀하의 권리

귀하에게는 자신의 건강 정보에 대한 일정 권리가 있습니다. 이 섹션에서는 귀하의 권리와 귀하를 돕기 위한 본 기관의 책임에 대해 설명합니다.

의료 기록이 기재된 전자 또는 종이 사본 수령	• 귀하는 귀하의 의료 기록 및 귀하에 대한 기타 건강 정보가 기재된 전자 또는 종이 사본을 열람하거나 제공하도록 요청할 수 있습니다. • 본 기관은 귀하의 건강 정보의 사본 또는 요약본을 제공해 드리며, 일반적으로 요청 후 15일 이내에 제공해 드립니다. 합리적인 비용을 고려한 수수료를 부과할 수 있습니다.
의료 기록의 수정 요청	• 틀렸거나 불완전하다고 생각되는 귀하의 건강 정보를 수정하도록 본 기관에 요청할 수 있습니다. • 귀하의 요청에 대해 '불가'라고 답할 수 있지만 60일 이내에 서면으로 불가 사유를 알려 드립니다.
기밀 유지 소통을 요청	• 특정한 방법으로 연락하거나(예: 집 또는 사무실 전화를 이용), 다른 주소로 우편을 보내도록 요청할 수 있습니다. • 모든 합리적인 요청에 대해 '가능'이라고 답할 것입니다.

정보의 사용이나 공유를 제한하도록 요청	• 치료, 지급 또는 기관의 운영을 위해 귀하의 특정 건강 정보를 사용하거나 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. • 본 기관은 귀하의 요청에 동의할 의무가 없으며, 귀하의 요청이 귀하의 치료에 영향을 미칠 경우 '불가'라고 답할 수 있습니다. • 서비스 또는 의료 서비스 항목에 대해 전액 본인 부담금을 지불하는 경우, 본 기관이 해당 정보를 지급 또는 기관 운영 목적으로 귀하의 건강 보험사와 공유하지 않도록 본 기관에 요청할 수 있습니다. • 법에서 해당 정보를 공유하도록 요구하지 않는 한, '가능'이라고 답할 것입니다.
본 기관이 귀하의 정보를 공유한 대상의 목록 확인	• 귀하가 요청한 날짜부터 과거 6년 동안 본 기관이 귀하의 건강 정보를 공유한 횟수, 공유 대상 및 공유 사유에 대한 목록(설명)을 요청할 수 있습니다. • 본 기관은 치료, 지급 및 의료 서비스 운영에 관한 공개 사항과 특정 기타 공개 사항(예: 귀하가 본 기관에 요청한 경우)을 제외한 모든 공개 사항을 목록에 포함할 것입니다. • 1년에 한 번 무료로 설명 목록을 제공하지만, 12개월 이내에 다른 설명 목록을 요청하는 경우, 합리적인 비용을 고려한 수수료를 부과할 수 있습니다.
본 개인정보 보호정책 사본 수령	• 전자적 수단으로 고지를 받는 데 동의한 경우에도 언제든지 이 고지의 종이 사본을 요청할 수 있습니다. • 즉시 종이 사본을 제공할 것입니다.
대리인을 선택	• 귀하가 다른 사람에게 의료 서비스에 대한 위임장을 주었거나 법적 후견인이 있는 경우, 그 사람은 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강 정보에 대한 선택을 할 수 있습니다. • 본 기관은 어떤 조치를 취하기 전에 해당 대리인이 이러한 권한을 가지고 있으며 귀하를 대신하여 행동할 수 있는지 확인합니다.

**권리 침해가 있다고
생각되는 경우 민원 제기**

- 본 기관이 귀하의 권리를 침해했다고 생각되면 다음과 같은 방법으로 민원을 제기할 수 있습니다.

알라미다 카운티 건강 서비스 부서에 문의:

- 서신 발송: 1000 San Leandro Blvd, Suite 300, San Leandro, CA 94577
- 또는 전화: 510-618-3333
- 또는 이메일: HCSA.Compliance@acgov.org

또는 미국 보건복지부 민권 사무실에 민원을 제기:

- 서신 발송: 90 7th Street, Suite4-100, San Francisco, CA 94103
- 또는 전화: 1-800-368-1019
- 또는 다음을 방문:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

- 본 기관은 민원 제기에 대한 보복 조치를 취하지 않습니다.

귀하의 선택 사항

특정 건강 정보의 경우, 본 기관이 공유하는 정보에 대한 귀하의 선택 사항을 알림

아래에 설명된 상황에서 본 기관이 귀하의 정보를 공유하는 방식에 대해 명확한 선호 사항이 있는 경우, 알려주십시오. 원하는 사항을 알려주시면 귀하의 지시 사항을 따르겠습니다.

**귀하에게는 다음 사항을 본
기관에 요청하고 선택할
권리가 있습니다.**

- 가족, 가까운 친구 또는 귀하의 치료에 관련된 다른 사람들과 정보를 공유
- 재난 구호 상황에서 정보를 공유
- 병원 디렉토리에 귀하의 정보를 포함하거나 삭제
- 모금 활동을 위해 귀하에게 연락

예를 들어 의식이 없는 경우와 같이 선호하는 바를 알릴 수 없는 상황인 경우 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단되면 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 또한 건강 또는 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 줄이기 위해, 필요한 경우 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

다음과 같은 경우, 본 기관은 귀하가 서면 허가를 하지 않는 한 귀하의 정보를 공유하지 않습니다.	- 마케팅 목적 - 귀하의 정보 판매 - 심리 치료 기록의 상당한 부분을 공유
기금 모금 또는 미디어 캠페인의 경우:	본 기관은 모금 또는 미디어 캠페인 활동을 위해 귀하에게 연락을 드릴 수 있지만, 귀하는 다시 연락하지 말 것을 요청할 수 있습니다.

본 기관의 사용 및 공개

본 기관은 일반적으로 귀하의 건강 정보를 어떻게 사용하거나 공유할까요? 본 기관은 일반적으로 다음과 같은 방법으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유합니다.

귀하의 치료	본 기관은 귀하를 치료하는 다른 전문가와 귀하의 건강 정보를 사용하고 공유할 수 있습니다.	예시: 귀하의 부상을 치료하는 의사가 다른 의사에게 귀하의 전반적인 건강 상태에 대해 문의하는 경우.
조직 운영	본 기관은 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유하여 실무를 수행하고, 귀하를 위한 의료 서비스를 개선하고, 필요한 경우 귀하에게 연락할 수 있습니다.	예시: 귀하의 치료 및 의료 서비스를 관리하기 위해 귀하에 관한 건강 정보를 사용합니다.
서비스 비용에 대한 청구	본 기관은 Medi-Cal, 메디케어, 건강 보험 또는 기타 보험 회사에 청구하고 지급을 받기 위해 귀하의 건강 정보를 사용할 수 있습니다.	예시: 본 기관은 귀하의 건강 보험 플랜 회사에 귀하에 대한 정보를 제공하고 귀하가 받은 서비스에 대한 비용을 지급하도록 합니다.

본 기관은 그 밖에 귀하의 건강 정보를 어떻게 사용하거나 공유할까요? 본 기관은 일반적으로 귀하의 정보를 다른 방식으로 (공중 보건 및 연구 등 공익에 기여하는 방식) 공유할 수 있거나 공유해야 합니다. 이러한 목적으로 귀하의 정보를 공유하기 전에 본 기관은 법률의 여러 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 다음을 참조하십시오.

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

다음과 같은 경우, 본 기관은 귀하가 서면 허가를 하지 않는 한 귀하의 정보를 공유하지 않습니다.	다음과 같은 특정 상황에서 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. • 질병, 부상 또는 장애 예방 • 출생 및 사망 보고 • 제품 리콜 지원 • 약물에 대한 이상 반응 보고 • 학대, 방치 또는 가정 폭력이 의심되는 사례 신고 • 건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 예방하거나 감소
연구 목적	본 기관은 건강 관련 연구를 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.
법률 준수	본 기관은 주정부 또는 연방법에서 요구하는 경우, 귀하의 정보를 공유하며, 미국 보건복지부가 본 기관이 연방 개인정보 보호법을 준수하고 있는지 확인하려는 경우, 미국 보건복지부와도 정보를 공유할 수 있습니다.
장기 및 조직 기증 요청에 대한 대응	본 기관은 귀하의 건강 정보를 장기 조달 기관과 공유할 수 있습니다.
검시관 또는 장의사와 협력	본 기관은 개인이 사망한 경우, 검시관 또는 장의사와 건강 정보를 공유할 수 있습니다.
근로자 보상, 법 집행 기관 및 기타 정부의 요청 처리	본 기관은 다음과 같은 경우 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다. • 근로자 보상 청구 목적 • 법 집행 목적 또는 법 집행 공무원에 협조 목적 • 법률에 의해 승인된 활동에 대한 보건 감독 기관에 협조 목적 군사, 국가 안보 및 대통령 경호 서비스와 같은 특수 정부 기능에 협조 목적
소송 및 법적 조치에 대한 대응	본 기관은 법원 또는 행정 명령에 대한 답변 또는 소환장에 대한 답변을 위해 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

참고: 42 CFR 파트 2는 귀하가 약물 또는 알코올 남용 치료 서비스를 신청하거나 받는 경우 귀하의 건강 정보를 보호합니다. 일반적으로, 귀하가 약물 또는 알코올 남용 치료를 위한 서비스를 신청했거나 받고 있는 경우, 본 기관은 본 고지에 나열된 상황을 제외하고는 귀하가 본 기관의 프로그램에 참여하고 있음을 외부 사람에게 인정하거나 귀하가 약물 남용으로 치료를 받고 있는 개인임을 식별할 수 있는 정보를 공개할 수 없습니다.

본 기관의 책임

- 본 기관은 법에 따라 보호를 받는 귀하의 건강 정보의 개인정보와 보안을 유지해야 합니다.
- 귀하의 개인정보 또는 보안을 침해할 수 있는 침해 사항이 발생하면 귀하에게 즉시 알려드립니다.
- 본 기관은 이 고지에 설명되어 있는 의무 및 개인정보 보호정책을 준수하고 귀하에게 그 사본을 제공해야 합니다.
- 본 기관은 귀하가 서면으로 허락하지 않는 한, 여기에 설명되어 있는 이외의 상황에서 귀하의 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 귀하가 허락한 경우라도 언제든지 허락을 취소할 수 있습니다. 생각이 바뀌는 경우, 서면으로 알려주십시오.

자세한 내용은 다음에서 확인하세요. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

본 고지 사항의 약관 변경

본 기관은 본 고지의 약관을 변경할 수 있으며, 변경 사항은 본 기관이 귀하에 대해 보유한 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지 사항은 요청 시, 본 기관 사무실 및 웹사이트에서 제공됩니다.

고지 발효일: 2013

개정: 2017년 8월, 2022년 6월

42 CFR, 파트 2: 약물 및 알코올 치료 서비스 관련 개인정보 보호

약물 사용 장애(SUD) 치료는 다른 유형의 의료 서비스에 비해 훨씬 엄격한 개인정보 보호 기준에 따라 보호됩니다. [연방 규정집](#) 타이틀 42에는 주로 공중 보건 및 복지와 관련된 광범위한 규정이 포함되어 있습니다. 42 CFR의 핵심 초점은 SUD 치료를 받는 개인의 개인정보를 보호하는 것이며, 구체적인 규정은 [42 CFR 파트 2 - 약물 사용 장애 환자 기록 관련 기밀 유지](#)에 요약되어 있습니다.

알라미다 카운티 행동 부서와 계약을 맺은 서비스 제공자는 환자의 기밀 유지에 관한 정책과 절차를 수립하고 1996년 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법률("HIPAA"), 42 U.S.C. § 1320d 이하, 45 C.F.R. 파트 160 및 164, 및 기밀 유지법, 42 U.S.C. § 290dd-2 및 42 C.F.R. 파트 2를 포함하여 연방법 및 규정을 준수해야 합니다.

귀하가 SUD 치료를 받고 있는 경우, 귀하의 서비스 제공자는 귀하의 서면 동의 없이 귀하를 알코올 또는 약물 치료 고객으로 식별하는 정보를 공개하거나 치료 목적 또는 의료 서비스 운영의 일부로 귀하의 보호받아야 할 정보를 공개할 수 없습니다. 서비스에 대한 지급을 받기 위해 건강 보험 회사에 정보를 공개하거나 마케팅 목적으로 정보를 판매 또는 공개하려면 귀하의 서면 동의가 필요합니다. 귀하는 언제든지 구두 또는 서면으로 동의를 철회할 수 있습니다.

연방법과 규정에 따르면, 귀하의 서면 동의 없이 귀하의 서비스 제공자가 SUD 서비스에 대한 정보를 공개할 수 있는 경우가 있습니다. 포함 사항:

- 개인이 위험에 처했거나 다른 사람에게 위험을 가할 위험이 있는 경우
- 프로그램 시설 구내 또는 프로그램 직원에 대한 범죄를 방지하기 위해
- 서비스 제공자에 대해 아동 학대 또는 방임이 의심되는 경우
- 서비스 제공자에 대해 노인 학대가 의심되는 경우
- 개인이 의료적 응급 상황에 처해 정보를 공개하기 전에 동의를 제공할 수 없는 경우의 몇 가지 예시:
 - 개인이 스스로 위험에 처해있고 사전 동의를 할 수 없는 경우
 - 개인이 심각한 장애를 가지고 있고 행동 건강 상태로 인해 기본적인 필요를 충족할 수 없어 심각한 위험에 처한 경우.
 - 개인이 동의할 능력이 부족하여 동의할 수 없는 경우
- 연방, 주 또는 지방 정부 기관 또는 제3자 지급자 또는 건강 보험에서 수행하는 관리 감사, 재무 감사 및 프로그램 평가가 진행되는 경우.
- 기록 보관, 회계 또는 기타 전문적 서비스 등비즈니스 파트너 또는 적격 서비스 조직(QSO)과의 계약에 따라 정보를 공유하는 경우
- 과학적 연구를 위해 정보가 사용되는 경우

- 공중 보건을 목적으로 정보를 사용하는 경우. 공중 보건 기관과 공유된 정보는 공개되기 전에 비식별화 처리된다는 점을 참고하시기 바랍니다.

42 CFR 파트 2의 적용을 받는 프로그램에 의한 연방법 및 규정 위반은 범죄이며, 이에 대한 위반이 의심되는 경우 캘리포니아 북부 지방 검찰청 (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) 및 캘리포니아 보건부 (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413) 등 해당 기관에 신고할 수 있습니다.

의료 제공자의 책임

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 게시해야 합니다.

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) 779-0787번에 문의할 수 있습니다. 민원 및 이의 신청에 대한 자세한 내용은 이 패킷의 '*문제 해결 절차*' 섹션을 참조하세요.

수령 확인

회원 이름: _____

ACBHD 회원 번호: _____ 생년월일: _____

입소 날짜: _____ 프로그램 명: _____

귀하가 이 문서에 서명하면 본 서비스 제공자/기관으로부터 서비스를 받는 데 동의하는 것으로 간주합니다.

만 18세 이상인 경우 다음 질문에 답해 주세요.

- 이전에 사전 지시서를 작성한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
- 아니요로 답한 경우, 서비스 제공자가 사전 지시서에 대한 정보를 ☐ 예 ☐ 아니요 제공했나요?

이 양식에 서명함으로써,

- 본인은 본인이 이해할 수 있는 언어 또는 이해할 수 있는 방식으로 이 패킷을 함께 검토했으며, 이 패킷의 종이 사본을 제공받았음을 확증합니다.
- 본인은 이 기관/서비스 제공자로부터 행동 건강 서비스를 받는 데 자발적으로 동의합니다.

회원 또는 법정 대리인의 서명: _____

날짜: _____

-----아래 섹션은 해당되는 경우 서비스 제공자별로 작성합니다-----

☐ 회원/회원의 법정 대리인이 행동 건강 서비스를 받는데 자발적으로 구두 동의를 했지만 양식에 서명하는 것을 거부했거나 서명할 수 없는 경우.

[참고: 나중에 서명을 받기 위해 시도하세요.]

서비스 제공자 서명 _____ 날짜: _____