



# Behavioral Health Department

Alameda County Health

阿拉米達縣行為健康計畫  
心理健康和物質使用服務

## 告知材料手冊

關於您在阿拉米達縣行為健康計畫下的  
服務同意以及權利與責任的指南

ACBH 品質保證辦公室

[QAOffice@acgov.org](mailto:QAOffice@acgov.org)

2022 年 10 月修訂版

## **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.

Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

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

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo.

Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

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

## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

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

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

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

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

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

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

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

## **한국어 (Korean)**

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

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

## **繁體中文(Chinese)**

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

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

## **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ 711):

## **Русский (Russian)**

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

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

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

### فارسی (Farsi)

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند.  
لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

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

### 日本語 (Japanese)

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。

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

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

### **Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.

Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam that khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas

yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: 711).

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

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

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

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

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

## **العربية (Arabic)**

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

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك

المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على  
الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711). (الهاتف النصي: 711).

### हिंदी (Hindi)

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

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

### ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

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

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ

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

第 10 頁，共 39 頁

# 目錄

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 歡迎加入阿拉米達縣行為健康計畫 .....                                     | 12 |
| 對服務的同意 .....                                              | 13 |
| 選擇的自由 .....                                               | 15 |
| 非歧視通告 .....                                               | 16 |
| 保密和隱私 .....                                               | 17 |
| 維護安全友好的環境 .....                                           | 18 |
| 《受益人指南》和《服務提供者名錄》 .....                                   | 19 |
| 受益人問題解決相關資訊 .....                                         | 20 |
| 透過行為科學委員會 (Board of Behavioral Sciences) 提供的其他合規流程： ..... | 23 |
| 預先指示相關資訊 .....                                            | 24 |
| 隱私慣例通知 .....                                              | 25 |
| 隱私慣例通知摘要 .....                                            | 34 |
| 《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分資訊通知： .....                           | 36 |
| 收悉確認書 .....                                               | 38 |
| 服務提供者操作說明： .....                                          | 39 |



# Behavioral Health Department

Alameda County Health

## 歡迎加入阿拉米達縣行為健康計畫

歡迎！由於您是阿拉米達縣行為健康計畫 (Behavioral Health Plan, BHP) 的會員（受益人），並且您請求由此服務提供者提供行為健康服務，因此我們請您審閱本告知材料包，瞭解關於您的權利與責任的解釋說明。阿拉米達縣的 BHP 包括縣心理健康計畫提供的心理健康服務，以及縣物質使用障礙 (SUD) 組織化交付系統提供的 SUD 治療服務；您可能僅接受其中一種服務，也可能同時接受兩種服務。

### 服務提供者名稱：

歡迎您接受這些服務的人員將與您一同審閱這些材料。您將會獲得一份本資訊包，供您帶回家隨時審閱，同時，**您將被要求在本資訊包的最後一頁上簽名，以註明所討論的內容以及您已收到這些材料。**您的服務提供者將保留簽名頁的原件。服務提供者還必須每年向您通知關於本資訊包中特定資訊的可用性，本資訊包的最後一頁上有一個專門區域，可供註明這些通知的時間。

本資訊包中包含大量資訊，因此請您慢慢查閱，如有任何疑問，歡迎隨時提出！瞭解並理解您的權利與責任，有助於您獲得您應當獲得的護理。

## 對服務的同意

您作為此行為健康計畫 (BHP) 的會員，您在本資訊包最後一頁上簽名，即表示您同意接受此服務提供者的行為健康志願服務。如果您是此 BHP 的受益人的法定代表人，您的簽名即表示該等同意。

您對服務作出同意，也意味著此服務提供者有義務向您告知其護理建議，以便您能夠在知情的情況下作出有意義的參與決定。除了有權隨時停止服務之外，您還有權拒絕使用任何建議、行為健康干預措施或治療程序。

此服務提供者可能要求您簽署一份額外的同意書，其中將更詳細地描述您可能需要接受的各類服務。這些服務可能包括但不限於：評估、評價、個人諮詢、團體諮詢、危機干預、心理治療、個案管理、康復服務、藥物治療服務、藥物輔助治療、轉介給至其他行為健康專業人員，以及代表您諮詢其他專業人員。

專業服務提供者可包括但不限於：醫生、註冊執業護士、醫生助理、婚姻和家庭治療師、臨床社會工作者 (LCSW)、專業臨床諮詢師、心理學家、註冊助理，以及認證同行專家。如果為您提供服務的服務提供者是無證的專業人員（例如，實習學生或註冊助理），您的服務提供者必須以書面形式告知您這一情況。所有無證的專業工作人員均必須接受持證專業人員的監督。

SUD 門診治療服務可能包括以下方式：評估、計畫制定、個人和團體諮詢、個案管理、藥物測試、家庭治療，以及出院計畫。您有權拒絕以下任何方式：個人諮詢、團體諮詢、個案管理、藥物測試、家庭治療，以及出院計畫。除了 ACBH 的要求之外，可能還有其他藥物測試的要求（毒品法庭、SSA、緩刑等）。

康復中心：

- ✓ 作為居住在康復中心的條件，住戶必須接受測試。

阿片類藥物治療計畫 (Opioid Treatment Program, OTP)\*

- ✓ OTP 必須按照計畫要求進行藥物測試。

非自願退出計畫的理由包括但不限於導致環境對其他參與者具有破壞性或不安全。這有時是由於客戶處於醉酒狀態。屆時，您的諮詢師將與您討論這個問題，並且可能建議立即進行藥物測試。雖然您可以拒絕接受藥物測試，但重要的是要知道，在討論諮詢師認為對其他客戶具有破壞性或不安全的行為時，藥物測試需要成為討論的一部分。在這種情況下，無論您是同意還是拒絕藥物測試，如果您的行為無法得到處理和改變，無法創造出一個對所有計畫參與者都不具有破壞性的安全環境，您仍有可能被退出計畫（具體期間將另行探討）。此外，如果您繼續拒絕接受提供給您的計畫服務，您的治療人員可能會為您推薦一個更合適的安置。

如果您被非自願地退出一項計畫，而您不同意這個決定，您可以向阿拉米達縣行為健康局消費者援助辦公室提出上訴：

透過電話：1-800-779-0787

如需聽力或言語方面的幫助，請撥打 711（加州中繼服務）

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

親臨現場： 透過到訪心理健康協會的消費者援助辦公室  
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

對於呈陽性的藥物測試結果，符合倫理的反應是與客戶討論測試結果，並考慮對您的治療計畫作出循證的改變。成癮治療專業人員和服務提供者組織將採取適當措施，以確保在法律允許的範圍內對藥物測試結果予以保密。

## 選擇的自由

作為您的行為健康計畫，我們有責任告知您，接受我們服務的任何人（包括未成年人以及未成年人的法定代表人）都應瞭解以下內容：

- A.** 接受和參與行為健康系統是出於自願的行為，而不是獲取其他社區服務的必要條件。
- B.** 您有權獲取由 **Medi-Cal** 資助的其他行為健康服務，並有權要求\*更換服務提供者和/或工作人員。
- C.** 行為健康計畫與我們社區內的各類服務提供者簽訂了合約，其中可能包括基於信仰的服務提供者。接受聯邦資助的基於信仰的服務提供者受到特定法律的約束，包括他們必須為所有符合資格的會員提供服務（無論其宗教信仰如何），以及聯邦資金不得用於支援宗教活動（如敬拜、宗教教學或試圖使會員皈依宗教）。如果您被轉介給一個基於信仰的服務提供者，並因其宗教性質而反對接受該服務提供者的服務，您有權在提出要求\*後更換一個服務提供者。

**\*BHP** 透過與會員及其家人合作，盡力批准每個合理的要求，但我們不能保證所有更換服務提供者的要求都能得到滿足。但是，如果是因為反對其宗教性質而要求更換服務提供者，該等要求將被批准。

## 非歧視通告

歧視是違反法律的行為。阿拉米達縣行為健康計畫遵守聯邦民權法，不因種族、宗教、族裔、膚色、原籍國、年齡、殘障、性取向、性別或支付能力而歧視、排斥或區別對待任何人。

## 保密和隱私

在參與我們提供的治療服務時，您的健康資訊的保密和隱私是您的一項重要個人權利。本資訊包中包含您的「隱私慣例通知」副本，其中說明了阿拉米達縣行為健康護理服務系統如何對您的治療紀錄和個人資訊進行保密、使用和披露，以及您可以如何獲取這些資訊。如果您正在接受物質使用障礙 (SUD) 治療服務，本資訊包中還包含您的「《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分資訊通知 - 關於藥物和酒精患者的資訊披露」副本。您的服務提供者必須向您提供資訊，以說明您擁有的保密和隱私權利。

儘管服務提供者通常不得披露可直接或間接識別出您是接受 SUD 服務的受益人身份的資訊，但在涉及您或他人安全的特定情況下，法律要求服務提供者與行為健康護理服務系統外部的人士討論您的個案。

這些情況包括：

1. 如果您構成傷害他人的威脅，則必須通知對方和/或警方。
2. 如果您對您自身的健康和安全構成嚴重威脅（必要時）。
3. 所有涉嫌虐待兒童的情況，都必須報告給適當的州或地方當局。
4. 所有涉嫌虐待老年人/受撫養成年人的情況，都必須報告給適當的州或地方當局。
5. 如果法院命令我們披露您的紀錄，則我們必須奉命行事。
6. 患者在物質使用治療服務提供者的經營場所內或針對其人員實施的犯罪行為；此類報告不受保護。

如果您對這些保密限制有任何疑問，請與向您解釋說明這些材料的人員進行討論。更多有關上述和其他保密限制的資訊，請參見本資訊包中的「隱私慣例通知」和「《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分資訊通知 - 關於藥物和酒精患者的資訊披露」部分。

## 維護安全友好的環境

我們希望每位尋求護理的會員都能感受到自己本身是受歡迎的，這對我們來說非常重要。我們最重要的任務是幫助您感覺到您來到了正確的地方，感覺到我們盡力去瞭解您，並幫助您過上快樂、富有成效的生活。如果我們有任何行為使您感到不受歡迎、不安全或不被尊重，請告訴我們。

確保我們的服務場所是安全友好的環境，這一點同樣非常重要。如果我們的服務場所中發生任何讓您感到不安全的事情，我們希望您能告訴我們，以便我們能夠嘗試解決相關問題。

為了幫助營造安全的環境，我們使用一種方式是制定守則，要求每個人（服務提供者和會員）踐行安全、尊重的行為。這些守則包括：

- ✓ 以安全的方式對待自己和他人。
- ✓ 禮貌地對他人說話。
- ✓ 尊重他人和本服務站點的財產。
- ✓ 禁止任何形式的武器。
- ✓ 尊重個人隱私。
- ✓ 禁止在經營場所內銷售、使用、分發酒精、藥物、尼古丁/菸草產品和電子煙。

為了維護一個對所有人友好的環境，如有任何人故意實施不安全行為，我們可要求其離開設施，暫時或徹底停止服務，甚至可在必要時採取法律行動。因此，如果您認為自己可能在遵守這些守則方面遇到困難，請告知您的服務提供者。我們將努力以一種讓您和您周圍的人感到安全的方式，幫助您感覺到自己受到歡迎。

**我們懇請所有人與我們共同努力遵守這些守則。**

## 《受益人指南》和《服務提供者名錄》

行為健康計畫 (BHP) 的受益人手冊，即 《Medi-Cal 心理健康服務指南》 或 《Medi-Cal 藥物服務指南》，將在您開始接受服務時提供給您。這些手冊包含以下方面的資訊：受益人獲取服務的資格條件，可提供的服務以及獲取這些服務的方式，我們的服務提供者的名單，關於您權利的更多資訊，以及申訴、上訴和州公平聽證會的流程。《指南》列出了與行為健康計畫相關的重要電話號碼。

《服務提供者名錄》 是我們社區內的本縣直屬和本縣簽約的行為健康服務提供者的名單；名錄每月進行更新。如需轉介門診非緊急心理健康服務，或者獲取關於《服務提供者名錄》的更多資訊，請致電 ACCESS 計畫，電話：1-800-491-9099；服務代表可告知您，某個心理健康服務提供者目前是否有空餘名額。

如需轉介物質使用治療服務，或者獲取關於《服務提供者名錄》的更多資訊，請致電物質使用治療和轉介幫助專線，電話：1-844-682-7215；服務代表可告知您，某個物質使用治療服務提供者目前是否有空餘名額。如有聽力或言語方面的限制，請撥打 711（加州中繼服務）獲取協助，以連接至任一客戶服務專線。

《受益人指南》的電子版可在此處獲取：

<http://www.ACBH.org/beneficiary-handbook/>，提供以下語言版本：英語、西班牙語、中文、波斯語、韓語、他加祿語、越南語。

《服務提供者名錄》每月進行更新，電子版可在此處獲取：

[http://www.ACBH.org/provider\\_directory/](http://www.ACBH.org/provider_directory/)，提供以下語言版本：英語、西班牙語、中文、波斯語、韓語、他加祿語、阿拉伯語、越南語。

**關於《指南》和《服務提供者名錄》的語言協助可透過致電 ACCESS 專線獲取，電話：1 (800) 491-9099。**

## 受益人問題解決相關資訊

### 決定您將向何處提出申訴或上訴

不令人滿意的服務 – 申訴的內容可以是任何事情

示例：

- 如果您未能獲得所需的服務類型。
- 如果您獲得的服務品質低下。
- 如果您受到不公平的對待。
- 如果預約從未安排在您方便的時間。
- 如果設施不乾淨或不安全。

### 向何處提出申訴

向阿拉米達縣 ACBH：

透過電話： 1-800-779-0787 ACBH 消費者援助辦公室

*如需聽力或言語方面的幫助，請撥打 711（加州中繼服務）*

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

親臨現場： 透過到訪心理健康協會的消費者援助辦公室  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

向您的服務提供者：您的服務提供者可在內部解決您的申訴，或指引您按上述方式向 ACBH 提出申訴。您可以從您的服務提供者處獲得表格和協助。

### 不利的福利決定 – 您可以提出上訴

您可能會收到一份「不利福利決定通知」(NOABD)，告知您 BHP 針對您的福利採取的行動。示例：

- 如果您所要求的服務遭到拒絕或受到限制。
- 如果您目前正在接受的服務（先前已獲授權）被減少、暫停或終止。
- 如果 BHP 拒絕為您已接受的服務付款。
- 如果未能及時向您提供服務。
- 如果您的申訴或上訴未能在規定的時限內得到解決。
- 如果您對財務責任提出異議的請求遭到拒絕。

- 如果您被非自願地退出某項計畫。

向何處提出上訴（僅適用於接受 Medi-Cal 服務的 Medi-Cal 受益人）

向阿拉米達縣 ACBH：

透過電話： 1-800-779-0787 消費者援助辦公室

如需聽力或言語方面的幫助，請撥打 711  
（加州中繼服務）

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

親臨現場：透過到訪心理健康協會的消費者援助辦公室：  
954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

如果您已完成 BHP 的上訴流程，但問題未能得到令您滿意的解決，則您有權請求舉行州公平聽證會，即由加州社會服務部進行的獨立審查。州公平聽證會的請求應附在每份《上訴解決通知書》(NAR) 當中；您必須在 NAR 的郵戳日期或 BHP 將它當面交給您之日起 120 天內提交請求。無論您是否收到 NOABD，您都可以請求舉行州公平聽證會。如果您需要在等待舉行聽證會期間保持接受相同的服務，您必須在 NAR 郵寄給您或當面交給您之日起十 (10) 天內，或在服務變更生效日期之前（以較晚者為準）請求舉行聽證會。對於標準聽證會，州政府必須在申請之日起 90 個日曆日內作出決定；對於加急聽證會，則必須在申請之日起 3 天內作出決定。BHP 應在收到撤銷 BHP 的 ABD 通知之日起 72 小時內及時授權或提供有爭議的服務。如需申請舉行州公平聽證會，您可以撥打 1(800) 952-5253 或 TTY 1 (800) 952-8349，或造訪網站

<http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>，或寄信至：

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

## 患者的權利

與非自願的 5150 強制留院、5250 強制留院及派員監管有關的問題，將透過現有的法律補救措施（如患者的權利）予以處理，而非透過申訴或上訴流程。聯絡患者權利宣導者：1 (800) 734-2504 或 (510) 835-2505。

示例：

- 如果您受到身體約束，而您認為該場所不具有這麼做的正當理由。
- 如果您在違背自身意願的情況下被安排住院，而您不明白這麼做的原因，或者您有哪些選擇。

向何處提出您的患者權利相關問題

- 致電患者權利宣導者，電話：(800) 734-2504。這個號碼 24 小時均可接聽，非服務時間有電話答錄機。可接受對方付費電話。

如需獲取關於受益人問題解決流程的更多詳細資訊，請向您的服務提供者索取本資訊包第 2-3 頁中描述的 [《Medi-Cal 心理健康服務指南》](#) 或 [《Medi-Cal 藥物服務指南》](#)。如果您在填寫表格方面存在疑問或需要協助，您可以諮詢您的服務提供者，或致電：消費者援助辦公室，電話：1(800) 779-0787。

透過行為科學委員會 (Board of Behavioral Sciences) 提供的其他合規流程：

### 客戶須知

自 2020 年 7 月 1 日起，行為科學委員會可接收和回應有關（婚姻和家庭治療師、持證教育心理學家、臨床社會工作者，或專業臨床諮詢師）執業範圍內服務的投訴。您可以造訪網站 <https://www.bbs.ca.gov/consumers/> 或撥打 (916) 574-7830 聯絡委員會。

更多資訊請參見 [https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab\\_630.pdf](https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf)

阿拉米達縣行為健康局（縣診所和承包商）繼續接受和回應有關任何無證或未註冊諮詢師進行心理治療執業的投訴。如需提出投訴，請聯絡消費者援助辦公室，電話：(800)779-0787，地址：

ACBH Consumer Assistance Office  
2000 Embarcadero Cove  
Suite 400 Oakland, CA 94606

## 預先指示相關資訊

「您作出醫療決定的權利」  
(僅適用於 18 歲或以上人士)

服務提供者：「您作出醫療決定的權利」有多種語言版本，可在此處獲取：

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

如果您的年齡為 18 歲或以上，聯邦和州法律要求行為健康計畫告知您，您有權作出醫療保健決定，以及您現在可以如何為您的醫療護理制定計畫，以防您將來出現無法表達自己意願的情況。現在提前制定好計畫，有助於確保您的願望和偏好能夠被傳達給需要知道的人。這個過程被稱為設立預先指示。

在您提出要求的情況下，我們將向您提供有關預先指示的資訊，稱為「您作出醫療決定的權利」。該資訊描述了設立預先指示的重要性，決定設立預先指示的情況下需要考慮的問題，並且介紹了相關的州法律。您並非必須設立預先指示，但我們鼓勵您探索和解決與設立預先指示有關的問題。阿拉米達縣 ACBH 服務提供者和工作人員可在這個過程中為您提供支援，但不能為您設立預先指示。我們希望這些資訊能夠幫助您瞭解如何加強您對於自己的醫療的控制能力。任何阿拉米達縣 ACBH 服務提供者向您提供的護理，將不會以您是否設立了預先指示為依據。如果您需要對預先指示的相關要求提出任何投訴，請聯絡消費者援助辦公室，電話：1-800-779-0787。

## 隱私慣例通知

本通知介紹了您的健康資訊可能如何被使用和披露，以及您可以如何獲取這些資訊。請仔細審閱。

如果您對本通知有任何疑問，請聯絡您的醫療保健服務提供者或適當的阿拉米達縣醫療保健服務局下設部門：

- 行政管理和貧困人士衛生部，電話：(510) 618-3452
- 行為健康護理服務系統，消費者援助辦公室，電話：(800) 779-0787
- 公共衛生部，部長辦公室，電話：(510) 267-8000
- 環境衛生部，電話：(510) 567-6700

### 本通知的目的

本通知介紹了阿拉米達縣醫療保健服務局 (ACHCSA)、其下設部門和計畫以及參與為您提供醫療保健服務的個人的隱私慣例。這些個人是經阿拉米達縣政府授權可出於向您提供服務或遵守州和聯邦法律之目的獲取您的健康資訊的醫療保健專業人員和其他個人。

醫療保健專業人員和其他個人包括：

- 身體健康護理專業人員（如醫生、護士、技術員和醫學生）
- 行為健康護理專業人員（如精神科醫生、心理學家、持證臨床社會工作者、婚姻和家庭治療師、專業臨床諮詢師、精神科技術員，以及註冊護士、實習生）
- 在本機構參與護理您的其他個人，或與本機構合作為其客戶提供護理的其他個人，包括 ACHCSA 的僱員、工作人員，以及其他履行服務或職能以實現您的醫療保健服務的人員。

這些人員可出於治療、付款或醫療保健業務之目的，在相互之間分享以及與其他醫療保健服務提供者分享您的健康資訊，並出於本通知所述的其他原因與其他人分享您的健康資訊。

### 我們的責任

法律要求我們維護您的受保護健康資訊的隱私和安全，並向您提供這份關於我們的法律責任和隱私慣例的通知。我們還有責任遵守本通知中現行有效的條款。

本通知將：

- 確定可在未經您事先書面批准的情況下對您的資訊進行哪些類型的使用和披露。
- 確定將會在哪些情況下給您機會同意或不同意對您的資訊進行的使用或披露。
- 如果發生了可能損害您的資訊隱私或安全的洩露事件，我們將及時通知您。
- 我們必須遵循本通知中所述的職責和隱私慣例，並向您提供一份本通知的副本。
- 我們不會在本通知所述範圍之外使用或分享您的資訊，除非您以書面形式向我們

作出同意。即便您向我們作出同意，您也可以隨時改變主意。如果您改變主意，請以書面形式告知我們。

- 向您告知您在您的個人健康資訊方面擁有哪些權利。

### **我們可能如何使用和披露您的健康資訊**

對健康資訊進行使用和披露的類型可以分為幾大類別。下文中介紹了這些類別，並附上了解釋和一些示例。本文中並未能詳盡列出每一種類型的使用和披露，但所有使用和披露都歸屬於以下其中一個類別。

**治療。**我們可以使用或分享您的健康資訊並將之分享給為您進行治療的其他專業人員。「醫療」一詞的含義包括您可能接受的身體健康護理治療，以及「行為健康護理服務」（心理健康服務以及酒精或其他藥物治療服務）。例如，持證臨床醫生可能會安排精神科醫生來接診您，討論可能採取的藥物治療，並可能與精神科醫生討論其對您治療的見解。或者，我們的工作人員可能會編寫待完成化驗的訂單，或者為了由外部醫生進行某項身體檢查而取得轉介。如果您向另一個服務提供者獲取醫療保健服務，我們也可能出於治療目的向您的新服務提供者披露您的健康資訊。

**付款。**我們可能會使用或分享您的健康資訊，以便就我們已為您提供的治療和服務，向 Medi-Cal、Medicare、健康計畫及其他保險承保單位開立帳單並獲得付款。例如，我們可能需要向您的健康計畫提供有關您在此接受的治療或諮詢的資訊，以便他們向我們支付或向您報銷這些服務費用。我們也可能告訴他們我們所計劃提供的治療或服務，以取得事先批准或確定您的計畫是否將承保該等治療。如果您向另一個服務提供者獲取醫療保健服務，我們也可能出於付款目的向您的新服務提供者披露您的健康資訊。

**醫療保健業務。**我們可以使用和分享您的健康資訊來運作我們的業務，改善您的護理，並在必要時聯絡您。我們可能會與阿拉米達縣政府部門分享您的健康資訊中有限的部分，但僅限於履行重要職能以支援我們醫療保健業務的必要範圍。這些使用和披露對醫療保健服務局開展行政管理業務是必要的，並且對確保我們所有客戶都能獲得高品質護理也是必要的。例如，我們可能會在以下情況下使用您的健康資訊：

- 審查我們的治療和服務，評估工作人員在護理您方面的表現。
- 幫助決定我們應當提供哪些額外的服務，哪些服務是不需要的，以及特定的新治療是否有效。
- 用於醫生、護士、臨床醫生、技術員、其他醫護人員、學生、實習生以及其他機構工作人員的審查或學習活動。
- 幫助我們開展財務管理工作以及遵守法律。
- 如果您向另一個服務提供者獲取醫療保健服務，我們也可能向您的新服務提供者披露您的健康資訊，以便其開展特定的醫療保健業務。此外，我們可能會從這組健康資訊中刪除您的身份識別資訊，以便其其他人可在不瞭解特定患者身份的情況下，使用這些資訊來研究醫療保健和醫療保健服務交付。

- 我們還可能與那些和我們共同參與「組織化醫療保健服務安排」(OHCA) 的其他醫療保健服務提供者、醫療保健資訊交流所以及健康計畫分享您的醫療資訊，以便開展任何 OHCA 的醫療保健業務。OHCA 包括醫院、醫生組織、健康計畫以及其他共同提供醫療保健服務的實體。我們所參與的 OHCA 名單可從 ACCESS 獲取。

**簽到表。**我們可能會透過讓您在到達我們的診所時進行簽到，從而使用和披露您的醫療資訊。當我們準備好接診您時，我們也可能會叫到您的名字。

**您的選擇。**對於特定的健康資訊，您可以告訴我們您選擇同意我們分享哪些內容。如果您對我們在下述情況下分享您資訊的方式有明確的偏好，請告訴我們您希望我們做什麼，我們將遵循您的指示。您有權利並且可以選擇指示我們與您的哪些家庭成員、親密朋友或其他參與您護理的人分享有關您的位置、一般狀況的資訊，或（除非您另行指示）在您死亡的情況下告知他們。您還有權利並且可以選擇要求我們在醫院名錄中納入或刪除您的資訊。您還有權利並且可以選擇告訴我們是否可以為了募捐工作而與您聯絡。在救災情況下，我們可能會向救災組織披露資訊，以便他們能夠協調這些通知工作。我們也可能會向某個參與您的護理或幫助為您的護理付款的人披露資訊。如果您有能力並且可以作出同意或反對，您既有權利也可以選擇作出同意或反對，我們將允許您在進行這些披露之前提出反對，但是如果我們認為對於應對緊急狀況有必要，即便您提出反對，我們仍然可能在災難發生時披露這些資訊。如果您無法告訴我們您的偏好（例如，假如您失去意識），那麼如果我們認為分享您的資訊是符合您最佳利益的做法，我們可能會採取這一行動。我們也可能會在必要時分享您的資訊，以便減輕對於健康或安全的嚴重、緊迫威脅。

**我們還可以如何使用或分享您的健康資訊？**我們被允許或被要求以其他方式分享您的資訊，這些方式通常是有助於公共利益的，如公共衛生和研究。我們必須首先滿足法律規定的許多條件，之後方可出於這些目的分享您的資訊。更多資訊參見：

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

**我們無需給您機會作出同意或反對的披露類型。**除上述情況外，法律還允許我們在特定的情況下未經您的許可對您的健康資訊進行分享。這些情況如下文所述。

**根據法律的要求。**我們將在聯邦、州或地方法律要求的情況下披露您的健康資訊。

**疑似有虐待或忽視行為。**如果疑似有虐待/忽視兒童、虐待/忽視老年人或受撫養成年人或家庭暴力行為，我們將向有關機構披露您的健康資訊。或者是您同意進行披露，或者是我們經法律授權進行披露，並且進行披露被認為對於預防個人或公共衛生或安全可能面臨的威脅是必要的。

**幫助應對公共衛生風險。**我們可在特定情況下分享您的健康資訊，比如：

- 預防疾病、傷害或殘障
- 報告出生和死亡
- 幫助進行產品召回
- 報告藥物的不良反應
- 報告涉嫌虐待、忽視或家庭暴力的行為
- 預防或減輕對任何人的健康或安全的嚴重威脅

**衛生監督活動。**我們可能會向衛生監督機構披露健康資訊，以便開展法律授權的活動。這些監督活動的示例包括審計、調查、檢查以及許可。這些活動對於政府監督醫療保健系統、政府計畫以及遵守民權法是必要的。

**司法和行政程序。**我們可分享您的健康資訊，以便響應法院或行政命令、訴訟以及法律行動，或者響應傳票。

**執法。**如果執法人員提出要求，我們可能會披露健康資訊，以便：

- 幫助執法人員應對犯罪活動。
- 識別或定位嫌疑人、目擊者、失蹤人員等。
- 向執法部門提供有關犯罪受害者的資訊。
- 報告涉及我們設施或工作人員的犯罪活動或威脅。

**驗屍官、法醫及殯儀員。**我們可能會向驗屍官、法醫及殯儀員披露健康資訊。例如，這可能對於確認死者身份或確定死因是必要的。我們也可能會在我們的設施中披露必要的患者健康資訊，以協助殯儀員履行其職責。

**器官或組織捐贈。**如果您是一名器官捐贈者，我們可能會向器官獲取組織披露醫療資訊。

**研究。**我們可出於健康研究目的使用或分享您的資訊。

**預防對個人或公共衛生或安全造成的威脅。**我們可能會在必要時使用和披露您的健康資訊，以預防您的健康和安全或者公眾或他人的健康和安全受到嚴重威脅。但是，我們將僅向我們認為能夠預防威脅或傷害發生的人員進行任何此等披露。

**履行特殊政府職能。**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。您的健康資訊可能會：(i) 披露給軍事指揮機關（如果您是武裝部隊成員），以協助執行軍事任務；(ii) 披露給經授權的聯邦官員，以開展國家安全活動；(iii) 披露給經授權的聯邦官員，以向總統或其他人員提供保護服務，或開展法律允許的調查；(iv) 披露給懲教機構（如果您正在服刑），以用於醫療保健、健康和安全目的；(v) 在法律允許的情況下披露給工傷賠償計畫和索賠；(vi) 披露給政府執法機構，以保護聯邦和州的民選憲政官員及其家人；(vii) 披露給加州司法部，以移送和識別特定的罪犯患者，或者涉及不得購買、持有或控制槍支或致命武器的人士；(viii) 披露給參議院或眾議院規則委員會，以進行立法調查；(ix) 披露給全州性的保護和權益維護組織，以及縣級患者權利辦公室，以用於法律要求的特定調查目的。

**其他特殊類別的資訊（如適用）。**特殊的法律要求可能適用於特定類別資訊的使用或披露，例如人類免疫缺乏病毒 (HIV) 的檢測，或者酒精和藥物濫用的治療和服務。此外，稍有不同的規則可能適用於與您接受的任何一般醫療（非心理健康）護理有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作為心理健康專業人員的醫療保健服務提供者記錄（以任何媒介）的筆記，其旨在記錄或分析在私人諮詢或團體、聯合或家庭諮詢過程中的談話內容，並且與個人醫療紀錄的其餘部分是分開的。心理治療筆記不包括藥物處方和監測、諮詢的

開始和停止時間、提供的治療方式和頻率、臨床測試結果，以及以下事項的任何摘要：診斷、功能狀態、治療計畫、症狀、預後以及迄今的進展。

我們可能會根據法律的要求或在以下情況下使用或披露您的心理治療筆記：

- 供筆記的創建者使用
- 在面向學生、受訓人員或執業人員的監督式心理健康培訓計畫中使用
- 供此服務提供者用於為個人提起的法律訴訟或其他程序進行抗辯
- 預防或減輕對個人或公眾健康或安全的嚴重、緊迫威脅
- 對心理治療筆記的創建者進行健康監督
- 供驗屍官或法醫使用，或披露給驗屍官或法醫，以便報告患者的死亡
- 對於預防或減輕對個人或公眾健康或安全的嚴重、緊迫威脅有必要的使用或披露
- 在調查過程中，或根據法律要求，供您或美國衛生及公共服務部（如果希望確認我們是否遵守聯邦隱私法）使用，或披露給您或該部門。
- 在您死後提供給驗屍官或法醫。
- 如果您撤銷了使用或披露您的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）。** 如果本業務/計畫被出售或與另一個組織合併，您的健康資訊/紀錄將成為新所有者的財產，但是您將繼續有權利可要求將您個人健康資訊的副本轉移至其他業務/計畫。

**僅在您獲得機會作出同意或反對之後方可進行的披露。**

在有些情況下，除非我們已與您進行過討論（如果可行），並且您並未作出反對，否則我們將不會分享您的健康資訊。這些情況包括：

**患者名錄。** 您可以決定哪些健康資料（如有）需要在患者名錄中列出。

**參與您的護理或付款的人。** 我們可能會與您的家庭成員、親密朋友或您指定參與您的醫療保健服務的其他人分享您的健康資料。例如，如果您讓某個家人或朋友到藥房為您取藥，我們可能會告訴那個人要取的是什麼藥物，以及何時可以取藥。另外，只要您不反對，我們可能會將您的位置和醫療狀況告知給您的家人（或其他負責照顧您的人）。

**與您通信時進行的披露。** 我們可能會與您聯絡，在此過程中我們會分享您的健康資訊。例如，我們可能會使用和披露健康資訊與您聯絡，提醒您在此處有治療的預約，或者向您告知或推薦您可能感興趣的可行的治療選擇或替代方案。我們可能會使用和披露您的健康資訊，以向您告知您可能感興趣的健康相關福利或服務。我們可能會就我們的募捐活動與您聯絡。

**健康資料的其他用途。** 對於本通知或適用於我們的法律未涵蓋的其他用途，將僅在徵得您書面同意的情況下進行。

即便您允許我們使用或披露您的健康資訊，您也可以隨時以書面形式撤銷該許可。如果您撤銷您的許可，我們將不再出於您書面授權所涵蓋的原因使用或披露您的健康資訊。您應理解我們無法收回已經在您允許的情況下進行的任何披露，而且我們必須為我們已向您提供的護理保留紀錄。

**您在您的健康資訊方面擁有的權利**。在涉及到您的健康資訊方面，您擁有特定的權利。此部分解釋說明了您的權利以及我們對您負有的一些責任。

**洩露事件通知**。在不安全的受保護個人健康資訊遭到洩露的情況下，如果發生了可能損害您的資訊隱私或安全的洩露事件，我們將及時通知您。如果您已經向我們提供了最新的電子郵件地址，我們可能會使用電子郵件來溝通與洩露事件有關的資訊。在某些情況下，我們的業務夥伴可能會提供通知。我們也可能會透過其他適當的方式提供通知。

【注意：我們將僅會在確定不包含 PHI 並且不會披露不適當的資訊時，才會使用電子郵件通知。例如，如果我們的電子郵件地址是「[digestivediseaseassociates.com](mailto:digestivediseaseassociates.com)」，使用這個地址發送的電子郵件如果被截取，便可識別患者及其狀況。】

**獲得您的醫療紀錄的電子或紙質副本**。您有權檢查和複製這些健康資訊。這通常包括醫療和帳單紀錄，但可能不包括某些心理健康資訊。特定的限制將適用：

- 您可以要求查看您的醫療紀錄以及我們擁有的關於您的其他健康資訊，或者要求獲得這些紀錄和資訊的電子或紙質副本。
- 我們通常將在您提出請求後 **30** 天內，提供您的健康資訊的副本或摘要。我們可能會收取一筆基於成本的合理費用。
- 您必須以書面形式提交您的請求。我們可以向您提供用於提出請求的表格，以及關於如何提交表格的說明。
- 您預計將會在 **10** 個工作日內收到與此請求有關的通知。
- 在特定情況下，我們可能會拒絕您的請求。如果您被拒絕獲取健康資訊，您可以要求按照法律規定對該拒絕進行審查。
- 如果我們拒絕您獲取您的心理治療筆記的請求，您將有權將這些紀錄轉移給另一位心理健康專業人員。

**要求我們更正您的醫療紀錄**。如果您認為您的任何健康資訊不正確或不完整，您可以要求我們予以更正。我們可能會對您的請求說「不」，但我們將會在 **60** 天內以書面形式告訴您原因。我們並不需要從您的紀錄中刪除資訊。如果存在任何錯誤，我們將透過添加澄清或補充資訊的方式予以更正。只要資訊是由該設施保存的，或由其他方為該設施保存的，您便有權要求進行修改。特定的限制將適用：

- 您必須以書面形式提交您的修改請求。我們可以向您提供用於提出請求的表格，以及關於如何提交表格的說明。
- 您必須提供一個理由來支撐您的請求。

此外，如果您要求我們修改以下資訊，我們可能會拒絕您的請求：

- 並非由我們創建的資訊，除非資訊的創建者不再能夠進行修改；
- 不屬於由我們設施保存的（或其他方為我們設施保存的）健康資訊的組成部分；
- 不屬於您將被允許檢查或複製的資訊的組成部分。即便我們拒絕了您的修改請求，您也有權就您認為您的紀錄中不完整或不正確的任何細目或陳述提交一份書面附錄。如果您以書面形式表明您希望將該附錄作為您的健康紀錄的組成部分，我們將把該附錄附加到您的紀錄中，並在我們披露您認為不完整或不正確的細目或陳述時附上該附錄。

**有權要求我們限制使用或分享的內容。**您可以要求我們不得出於治療、付款或開展業務之目的而使用或分享特定的健康資訊。我們並非必須同意您的請求，如果這會影響您的護理，我們可能會說「不」。您還有權要求限制我們向某個參與您的護理或為您的護理付款的人（如家人或朋友）披露的關於您的健康資訊。例如，您可以要求我們不使用或不向朋友或家人披露有關您的診斷或治療的任何資訊。

如果我們同意您的請求（即限制我們將您的資訊用於治療、付款或醫療保健業務的方式），我們將遵守您的請求，除非需要這些資訊來為您提供緊急治療。如要求我們進行限制，您必須以書面形式向您的服務提供者提出請求。在您的請求中，您必須告訴我們您希望限制哪些資訊，您是希望限制我們的使用還是披露（還是兩者均限制），以及您希望這些限制適用於哪些對象。

如果您全額自費支付某項服務或醫療保健細目，您可以要求我們不得出於付款或開展業務之目的而與您的醫療保險公司分享該等資訊。我們將會同意您的請求，除非法律要求我們分享該等資訊。

**有權要求進行保密通信。**您可以要求我們以特定的方式與您聯絡（例如透過住宅或辦公室電話）或將郵件寄至另外一個地址。我們將會同意所有合理的請求。如要求進行保密通信，您必須以書面形式向您的服務提供者提出請求。我們不會詢問您提出請求的原因。

**有權獲得本隱私通知的副本。**您可以隨時要求獲得本通知的紙質副本，即便您已經同意以電子方式接收本通知。我們將會及時向您提供一份紙質副本。您可以向您的服務提供者或任何上述計畫獲取本通知的副本。

**有權獲得列出我們分享資訊對象的清單。**您可以要求我們提供一份清單（臺帳），列出在您提出請求之日的前六年內，我們在何時分享了您的健康資訊，我們與誰進行了分享，以及為什麼進行分享。這份臺帳將不包括：

- 治療、付款或醫療保健業務所需進行的披露。
- 我們向您進行的披露。
- 僅在另行允許或要求的披露中附帶進行的披露。
- 經您的書面授權而進行的披露。

- 我們在法律允許或要求的情況下進行的其他特定披露。

我們將列出所有已進行的披露，但與治療、付款、醫療保健業務有關的披露以及其他特定的披露（比如您要求我們進行的任何披露）除外。我們將每年免費提供一份臺帳，但如果您在 12 個月內要求我們再提供一份，我們可能會收取一筆基於成本的合理費用。如需索取此披露清單或臺帳，您必須以書面形式提交您的請求。我們可以向您提供用於提出請求的表格，以及關於如何提交表格的說明。您的請求必須指明一個時間段，並應表明您希望以何種形式獲得這份清單（例如紙質或電子形式）。在產生任何費用之前，我們將告知您所涉及的費用，屆時您可以選擇撤回或修改您的請求。

**有權選擇某個人代您行事。** 如果您給了某個人醫療委託書，或者如果某個人是您的法定監護人，這個便可以行使您的權利，並就您的健康資訊作出選擇。在我們採取任何行動之前，我們將確保這個人具有響應的權力，並且能夠代您行事。

**本通知條款的變更。** 我們可能變更本通知的條款，這些變化將適用於我們擁有的關於您的所有資訊。新的通知將可根據需要索取，在我們的診所獲取，並發佈在我們的網站上。當/如果隱私慣例通知發生變化，或如果您在一個新的服務站點註冊，您會收到一份新通知的副本。

**我們決不能未經您書面許可分享您資訊的情況** 包括：行銷目的，出售您的資訊，以及分享心理治療筆記的大部分情況。更多詳細資訊參見第 29 頁的「心理治療筆記」。在募捐或媒體活動的情況下，我們可能會因募捐或媒體活動工作而與您聯絡，但您可以要求我們不再為此與您聯絡。

**如果您覺得您的權利受到了侵犯，請提出投訴。** 醫療保健服務局下設的所有計畫均致力於保護您個人健康資訊的隱私。如果您認為您的隱私權受到了侵犯，您可以向您認為發生了侵權行為的部門提出投訴。我們將及時調查您的主張，並在必要時採取糾正措施。我們不會因為您提出投訴而對您進行報復。

所有投訴必須以書面形式提交。您可以透過聯絡以下部門，獲取用於提出投訴的表格以及相關的說明：

|              |                                                                                      |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 行為健康護理服務系統   | 消費者援助辦公室<br>2000 Embarcadero Cove, Suite 400<br>Oakland, CA 94606<br>(800) 779-0787  |
| 環境衛生部        | 部長辦公室<br>1131 Harbor Parkway<br>Alameda, CA 94502<br>(510) 567-6700                  |
| 行政管理和貧困人士衛生部 | 部長辦公室<br>1000 San Leandro Blvd, Suite 300<br>San Leandro, CA 94577<br>(510) 618-3452 |

公共衛生部

部長辦公室  
收件人：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民權辦公室提出投訴，具體方式為寄信至以下地址：

Office of Civil Rights  
U.S.Department of Health and Human Services  
90 Seventh Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

或者您也可以撥打 1-800-368-1019，或造訪 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)  
我們不會因為您提出投訴而對您進行報復。



## 隱私慣例通知摘要

本摘要介紹了您的健康資料可能如何被使用和分享，以及您可以如何獲取這些資料。**重要說明：**本頁僅為摘要，並未詳盡包含關於我們隱私政策的詳細資訊。可根據需要索取介紹了所有章节的詳細資訊的全文版《隱私慣例通知》。

### I. 我們可能如何使用和分享您的健康資料：

- **治療** - 我們可能使用或分享您的健康資料，以便為您提供醫療或其他類型的健康服務。
- **付款** - 我們可能使用或分享您的健康資料，以便就我們已向您提供的服務，向您或第三方開立帳單並獲得付款。
- **醫療保健業務** - 我們可能使用和分享您的健康資料，以便開展我們的業務，如品質控制、合規監測、結果評估、審計等。

### II. 我們無需給您機會作出同意或反對的披露類型：

- 根據聯邦、州或地方法律的要求
- 如果疑似有虐待/忽視兒童或虐待/忽視老年人或受撫養成年人或家庭暴力行為
- 為預防和控制疾病而開展的公共衛生活動的公共衛生風險。
- 響應法院、行政命令或響應傳票的訴訟和糾紛
- 為幫助執法人員應對犯罪活動而進行的執法行動。
- 驗屍官、法醫及殯儀員
- 器官或組織捐贈設施（如果您是器官捐贈者）
- 預防對個人或公共衛生或安全造成的威脅

### III. 我們必須給您機會作出同意或反對的披露類型：

- **患者名錄** - 您可以決定哪些健康資料（如有）需要在患者名錄中列出。
- **參與您的護理或為您的護理付款的人** - 我們可能會與您的家庭成員、親密朋友或您指定參與您的醫療保健服務的其他人分享您的健康資料。

### IV. 健康資料的其他用途：

- 對於本通知或適用於我們的法律未涵蓋的其他用途，將僅在徵得您書面同意的情況下進行。

### V. 對於我們保存的關於您的健康資料，您擁有以下權利：

1. 有權獲取您的健康資訊
2. 有權檢查您的健康紀錄並獲得您的健康紀錄副本（根據要求）
3. 有權修改您的健康紀錄中您認為不準確或不完整的資訊

4. 有權知悉我們向誰披露了您的健康資訊
5. 有權要求限制我們向外分發的關於您的健康資訊資料
6. 有權以其他方式接收我們發出的關於您健康資訊的通信
7. 有權獲得一份完整版《隱私慣例通知》的紙質副本

本人確認，本人已 ☐ 被提供了或 ☐ 收到了《隱私慣例通知》

---

客戶或客戶代表人簽名

---

日期

---

工整書寫客戶/客戶代表人姓名

---

HCSA 部門/計畫名稱

## 《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分資訊通知： 關於藥物和酒精患者的資訊披露

請仔細審閱

如果您正在申請或接受藥物或酒精濫用的相關服務，《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分將保護您的健康資訊。通常而言，如果您正在申請或接受藥物或酒精濫用的相關服務，我們不能向本組織外部的人士承認您參加了我們的計畫，也不能披露任何可識別出您是尋求物質濫用治療的個人的資訊，除非是在本通知中所列的特定情況下。

《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分：有關您的醫療保健（包括醫療保健的付款）的一般資訊受到聯邦法律和法規的保護，包括 1996 年《健康保險可攜性和責任法案》（簡稱「HIPAA」），《美國法典》第 42 篇第 1320d 條及其後條款，《聯邦法規彙編》第 45 篇第 160 和 164 部分，以及《保密法》，《美國法典》第 42 篇第 290dd-2 條，以及《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分。根據這些法律和法規，出於履行任何聯邦援助的與物質濫用教育、預防、培訓、治療康復或研究有關的計畫或活動之目的而維護的身份、診斷、預後或治療紀錄，其保密性受到您的物質使用障礙（簡稱「SUD」）治療紀錄保密性的保護。服務提供者不得向本計畫外部的人員透露您參加了計畫，也不得披露任何可識別出您是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，除非在聯邦法律允許的情況下。

服務提供者必須首先徵得您的書面同意，之後方可出於付款目的披露您的資訊。例如，服務提供者必須首先徵得您的書面同意，之後方可向您的醫療保險公司披露資訊，以獲得服務費用的付款。服務提供者還必須首先徵得您的書面同意，之後方可出售您的資訊，或出於行銷目的披露您的資訊。通常而言，您還必須簽署一份書面同意書，之後服務提供者方可出於治療目的或為了開展醫療保健業務而分享資訊。儘管服務提供者一般不得披露會直接或間接透露出客戶的 SUD 客戶身份的資訊，但聯邦法律和法規允許服務提供者在特定情況下可未經您書面許可即披露資訊，這些情況可能包括：

1. 當客戶對自己或他人構成危險時；
2. 當客戶對他人構成危險，或構成傷害他人的威脅時；
3. 當客戶嚴重殘障，無法對自己的治療需求作出理性的決定時；
4. 當客戶涉嫌虐待或忽視兒童時；
5. 當客戶涉嫌虐待老年人時；
6. 當客戶處於醫療緊急狀況，無法給予許可時；
7. 當客戶資訊被用於品質審查時；
8. 根據與合格服務組織 (QSO) 訂立的協議，例如關於紀錄保存、會計或其他專業服務的協議；以及
9. 供認證和許可機構進行審查。

受《聯邦法規彙編規》第 42 篇第 2 部分約束的計畫對聯邦法律和法規的違反可構成犯罪，涉嫌違法行為可報告給有關當局，包括加州北區聯邦檢察官（地址：450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102）以及加州醫療保健服務部（地址：1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413）。

如果服務提供者需按照上文未予描述的方式或者適用法律或法規（如《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分）未予允許的方式使用或披露您的任何健康資訊，則服務提供者在使用或披露之前，必須首先徵得您為允許其進行披露而作出的具體書面同意。您可採用口頭或書面形式撤銷任何該等書面同意。

服務提供者的職責：法律要求服務提供者維護您的健康和 SUD 資訊的隱私，並向您提供涉及您健康資訊的服務提供者法律責任和隱私慣例的通知。法律要求服務提供者遵守此通知的條款，並使新通知的條款規定對其維護的所有受保護的健康資訊具有效力。經修訂和更新的通知將在治療期間提供給個人，並將張貼在大廳的布告板上。

申訴和報告違規行為：如果您對涉及您服務的任何事項（包括保密問題）有任何不滿，或者覺得不方便與您的服務提供者溝通某個問題，您可以聯絡消費者援助辦公室，電話：1 (800) 779-0787。更多資訊參見本資訊包第 20 頁開始的「受益人問題解決流程」。

|            |       |                          |
|------------|-------|--------------------------|
| 受益人姓名：     |       | 計畫名稱：<br><br>RU 編號（如適用）： |
| 出生日期：      | 入院日期： |                          |
| INSYST 編號： |       |                          |

收悉確認書

對服務的同意

如本資訊包第一頁所述，您在下方簽名，即表示您同意自願接受此服務提供者的行為健康護理服務。如果您是受益人的法定代表人，您的簽名即表示該等同意。

告知材料

您的簽名還意味著：已使用您能理解的語言或方式與您討論了下方標記的材料，您已獲得告知材料包供您作為紀錄，並且您同意所勾選的《指南》和《服務提供者名錄》交付方式。您可以隨時再次要求獲得關於這些材料的解釋說明和/或副本。

首次通知

請對下面的方框進行標記，以顯示在您入院時或任何其他時間與您討論過哪些材料。

- ☐ 對服務的同意
- ☐ 選擇的自由
- ☐ 非歧視通告
- ☐ 保密和隱私
- ☐ 維護安全友好的環境（並非州政府所要求的告知材料）
- ☐ 「Medi-Cal 心理健康服務指南」或「Medi-Cal 藥物服務指南」  
交付方式：☐網路☐電子郵件☐紙質副本
- ☐ 阿拉米達縣行為健康計畫《服務提供者名錄》  
交付方式：☐網路☐電子郵件☐紙質副本
- ☐ 受益人問題解決相關資訊
- ☐ 預先指示相關資訊（適用於 18 歲以上者以及客戶滿 18 歲時）  
您是否曾設立過預先指示？☐是☐否  
如果答案為「是」，我們是否可以保留一份副本作為紀錄？☐是☐否  
如果答案為「否」，我們是否可以支援您設立一個？☐是☐否
- ☐ 隱私慣例通知 – HIPAA 和 HITECH
- ☐ 《聯邦法規彙編》第 42 篇第 2 部分資訊通知：關於藥物和酒精患者的資訊披露（僅適用於接受物質使用治療服務的客戶）

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 受益人簽名：<br>（或法定代表人，如適用）          | 日期： |
| 臨床醫生/工作人員見證者姓名首字母：              | 日期： |
| 用於接收《指南》和《服務提供者名錄》的電子郵件地址（如適用）： |     |

年度通知：您的服務提供者必須每年提醒您，上述材料可供您審閱。請在下面的方框中填寫您的姓名首字母和日期，以顯示您在何時收到提醒。

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 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： |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

每年在一個方框（見上文）中填寫受益人的姓名首字母和日期（或其法定代表人）。

## 服務提供者操作說明：

- 首次通知：使用受益人（或法定代表人）首選的語言或溝通方式與其討論資訊包中的每個相關事項。填寫上一頁頂部的身份識別資訊框。標記相關的勾選框，以表明已討論/已提供的事項。讓受益人在適當的方框中簽名並註明日期。在適當的方框中填寫工作人員的姓名首字母和日期。將告知材料包的其餘部分交給受益人作為紀錄。將此簽名頁歸檔到病歷中。
- 年度通知：提醒受益人所有材料均可提供給其進行審閱，並在其提出要求時審閱任何材料。讓受益人在提供的方框中適當填寫姓名首字母和日期。
- 資訊包的所有門檻語言版本以及詳細的說明表可在此處獲取：  
<http://www.ACBH.org/providers/QA/General/informing.htm>。