

알라미다카운티 행동 건강 계획에 오신 것을 환영합니다

환영합니다! 이 제공자와 함께 행동 건강 서비스를 요청하는 알라미다카운티 행동 건강 플랜(BHP)의 가입자(수혜자)로서 귀하의 권리와 의무에 대해 설명하는 이 정보 자료를 검토해 주시기 바랍니다. 알라미다카운티의 BHP에는 카운티 정신 건강 플랜(County Mental Health Plan)에서 제공하는 정신 건강 서비스와 카운티 SUD 조직 배송 시스템(SUD Organized Delivery System)에서 제공하는 물질 사용 장애(SUD) 치료 서비스가 포함됩니다. 귀하는 현재 이 중 하나 또는 둘 다의 서비스를 받고 있을 수 있습니다.

의료 제공자 성함

귀하를 서비스에 환영하는 사람은 귀하와 함께 이 자료를 검토하게 됩니다. 귀하는 이 자료를 집으로 가져가서 원할 때 언제든지 검토할 수 있으며 **이 자료의 마지막 페이지에 검토한 내용과 이 자료를 수신했음을 서명하도록 요구받게 됩니다.** 귀하의 의료 제공자는 원본 서명 페이지를 보관합니다. 서비스 제공자는 매년 이 자료의 특정 정보의 가용성에 대해 귀하에게 알릴 의무가 있으며 이 자료의 마지막 페이지에는 이러한 알림이 언제 발생하는지 표시하는 곳이 있습니다. **이 자료에는 많은 정보가 포함되어 있으므로 시간을 갖고 질문하십시오. 귀하의 권리와 의무를 알고 이해하면 귀하가 받을 권리가 있는 치료를 받을 수 있습니다.**

서비스에 대한 동의



행동 건강 플랜(BHP)의 회원으로서, 귀하가 이 자료의 마지막 페이지에 서명하면 이 제공자와 자발적인 행동 건강 서비스에 동의하게 됩니다. 귀하가 본 BHP의 수혜자의 법적 대리인인 경우, 귀하의 서명은 그러한 동의를 제공합니다.

귀하의 서비스에 대한 귀하의 동의는 또한 이 제공자가 귀하의 치료 권장에 대해 귀하에게 알릴 의무가 있음을 뜻하므로 이 서비스에 참여하고자 하는 귀하의 결정이 지식을 통해 이루어지며 의미있는 것이 되도록 합니다. 귀하는 또한 언제든지 서비스를 중지할 수 있는 권리 이외에 권장 사항, 행동 건강 개입 또는 치료 절차 사용을 거부할 권리가 있습니다.

이제공자는 귀하가 받을 수 있는 서비스의 종류를 보다 자세히 설명하는 서명을 위한 추가동의서가 있을 수 있습니다. 여기에는 평가, 진단, 개별상담, 그룹상담, 위기개입, 정신요법, 사례관리, 재활서비스, 약물치료, 약물치료, 다른 행동 건강 전문가 추천 및 귀하를 위한 다른 전문가와의 상담이 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

전문 서비스 제공자는 의사, 간호사실무자, 의사보조원, 결혼 및 가족 치료사, 임상 사회 복지사(LCSW), 전문 임상 상담가, 심리학자, 등록된 동료 및 인증된 동료 전문가를 포함할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자가 허가받지 않은 전문가(예: 학생, 연수생 또는 등록된 동료) 인 경우 서비스 제공 업체는 이를 서면으로 알려줍니다. 모든 비하가 전문 직원은 면허가 있는 전문가의 감독하에 있습니다.

선택의 자유



귀하의 행동 건강 플랜 제공자로서 우리의 서비스를 받는 사람은 누구나(미성년자 및 미성년자의 법적 대리인을 포함하여) 다음 사항을 알아야 한다는 것을 알릴 의무가 있습니다:

- A. 행동 건강 시스템에 대한 수락 및 참여는 자발적입니다. 다른 지역 사회 서비스에 대한 접근 요건이 아닙니다.
- B. 귀하는 Medi-Cal 이자금을 지원하는 다른 행동 건강 서비스에 접근 할 권리가 있으며 제공자 및/ 또는 직원의 변경을 요청할* 권리가 있습니다.
- C. 행동 건강 플랜(Behavioral Health Plan)은 지역 사회의 다양한 의료기관과 계약을 맺고 있으며 여기에는 신앙 기반 서비스 제공자가 포함될 수 있습니다. 종교적 신념에 관계없이 자격을 갖춘 모든 회원에게 봉사해야 하며 (종교적 신념과 관계없이) 연방 기금은 종교 활동 (예: 배, 종교 교육 또는 종교 개종을 위한 시도 등) 을 지원해서는 안된다는 점을 포함하여 연방 기금을 받는 신앙 기반 제공자를 관찰하는 법률이 있습니다. 귀하가 신앙에 기반한 제공자에게 소개될 경우 그 종교적 특성 때문에 그 제공자로부터 서비스를 받는 것을 반대하는 경우 요청에 따라 다른 제공자를 볼 권리가 있습니다.

* BHP 는 회원 및 그 가족과 함께 모든 합당한 요청을 제공하기 위해 노력하지만 제공자 변경에 대한 모든 요청이 이루어질 것이라고 보장 할 수는 없습니다. 그러나 종교적 성격에 대한 이의제기로 인해 제공자를 변경하는 요청은 허용됩니다.

선택의 자유



치료 서비스에 참여하는 동안 건강 정보의 기밀성과 개인 정보 보호는 귀하의 중요한 개인 권리입니다. 이 자료에는 귀하의 치료 기록 및 개인 정보가 알ameda 카운티 행동 건강 관리국(Alameda County Behavioral Health Care Services)에 의해 기밀 사용 및 공개되는 방법과 귀하가 이 정보를 얻는 방법을 설명하는 "개인 정보 보호 관행 통보" 사본이 포함되어 있습니다. 물질 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 받고 있는 경우 이 자료에는 "정보 통지" 42 CFR

PART 2 - 약물 및 알코올 환자 정보 공개 사본이 포함되어 있습니다. 귀하의 의료 제공자는 기밀성과 개인 정보 보호 관리에 관한 정보를 제공해야 합니다.

귀하의 안전이나 타인의 안전과 관련된 특정 상황에서는 제공자가 SUD 서비스를 받는 수탁자로 귀하를 직접 또는 간접적으로 식별할 수 있는 정보를 공개할 수는 없지만 제공자는 법에 따라 행동 건강 관리 서비스 시스템 외부의 사람들과 귀하의 사례를 상의해야 합니다.

이러한 상황은 다음과 같습니다.

1. 다른 사람 들에게 해를 가하겠다고 위협하면 그 사람 들과 경찰에게 알려야 합니다.
2. 필요한 경우, 자신의 건강과 안전에 심각한 위협이 되는 경우
3. 아동 학대로 의심되는 모든 사례는 적절한 주 또는 지방 당국에 보고해야 합니다.
4. 노인/부양 어른 친인척 학대로 의심되는 모든 사례는 적절한 주 또는 지방 당국에 보고해야 합니다.
5. 법원에서 귀하의 기록을 공개하도록 명령하면 그렇게 해야 합니다.
6. 환자의 구내 또는 물질 사용 장애 치료 제공자의 직원에 대한 범죄, 그러한 보고서는 보호되지 않습니다.

기밀성 한계에 대해 궁금한 점이 있으면 이 자료를 설명하는 사람과 이야기하십시오. 위 설명된 상황이나 기밀성의 다른 한계에 대한 자세한 내용은 본 개인 정보 보호 정책의 "개인 정보 보호 관행 통지" 및 "42 CFR 2 부- 약물 및 알코올 환자의 정보 공개" 부분에 있습니다.

친절하고 안전한 장소 유지하기



모든 회원이 자신의 모습 그대로 치료 받기 위해 환영받는다고 느끼는 것은 우리에게 매우 중요합니다. 우리의 가장 중요한 일은 귀하가 올바른 장소에 있다고 느끼고, 우리가 귀하를 알게 되고 귀하가 행복하고 생산적인 삶을 누릴 수 있도록 돕는 것입니다. 우리가 하는 일로 인해 귀하가 환영받지 못하고 불안하거나 불쾌감을 느끼게 하는 것이 있으면 알려주십시오.

우리의 서비스 환경이 안전하고 환영받는 장소가 되는 것 또한 매우 중요합니다. 우리의 서비스 시설에서 귀하가 안전하지 않다고 생각되는 문제가 발생할 경우 알려 주신다면 최대한 해결할 수 있도록 노력하겠습니다.

우리가 안전을 확보하는 데 도움이 되는 한 가지 방법은 모든 사람 (제공자 및 회원)에게 안전하고 존중하는 행동을 요구하는 규칙을 정하는 것입니다. 이러한 규칙은 다음과 같습니다.

- | | |
|-------------------|----------------------|
| ✓ 자신과 타인을 향해 안전하게 | ✓ 어떤 종류의 무기도 없어야 한다. |
| ✓ 타인에게 예의있게 말한다. | ✓ 사람들의 프라이버시를 존중한다. |

✓ 다른 사람 및 이 서비스 시설의
재산을 존중한다

✓ 구내에서 술, 마약, 니코틴/ 담배제품 및
전자담배의 판매, 사용 및 배포가
금지됩니다.

모두에게 환영할만한 장소를 만들기 위해, 의도적으로 안전하게 행동하지 않은 사람은 시설을 떠나라는 요청을 받을 수 있고, 서비스는 일시적으로 또는 완전히 중단될 수 있으며, 필요한 경우 법적 조치가 취해질 수 있습니다. 따라서 이러한 규칙을 따르는 데 어려움이 있을 것이라고 생각되면 제공자에게 알려주십시오. 우리는 여러분과 주변 사람들에게 안전하다고 느끼는 방식으로 환영받을 수 있도록 열심히 노력할 것입니다.

우리는 이 규칙을 따르기 위해 우리와 함께 노력하는 모든 사람들에게 감사드립니다.

Medi-Cal 정신 건강 서비스 안내 약물 Medi-Cal 서비스 안내서 및 제공자 목록

안내 및 제공자 명부 (월간 업데이트)는 www.acbhcs.org 에서 온라인으로
볼 수 있고 아래에 따라 요청할 수 있습니다.



행동 건강 플랜(BHP) 수혜자 안내서, **Medi-Cal 정신 건강 서비스 안내서** 또는 **약물 Medi-Cal 서비스 안내서**는 귀하가 서비스를 시작할 때 귀하에게 제공 될 것입니다. 여기에는 수혜자가 서비스를 받을 수 있는 방법, 사용할 수 있는 서비스 및 접근 방법, 의료 제공자 명단, 귀하의 권리 및 이익, 제기, 항소 및 주 공정 청문 절차에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 안내서는 행동 건강 플랜에 관한 중요한 전화 번호 또한 포함되어 있습니다.

제공자 명부(Provider Directory)는 지역 사회에서 행동 건강 서비스를 제공하는 카운티 및 카운티 계약자 목록입니다. 매월 업데이트됩니다. 오래 환자비 응급 정신 건강 서비스에 대한 소개 또는 제공자 명부에 대한 자세한 정보는 ACCESS 프로그램 (1-800-4919099)으로 전화하십시오. 안내인이 정신 건강 제공자의 현재 진료 여부를 알려줄 수 있습니다.

약물 사용 치료 서비스에 대한 소개 또는 제공자 명부에 관한 더 자세한 정보는 물질 사용 치료 및 추천 헬프라인(전화: 1-844-682-7215)으로 전화하십시오. 안내인이 물질 사용 치료 제공자의 현재 진료 여부를 알려줄 수 있습니다. 청각 또는 언어 제한을 위해 고객 서비스 라인에 연결하는 데 필요한 도움을 받으려면 캘리포니아 중계 서비스에 711로 전화하십시오.

안내서와 제공자 명부는 BHCS 웹사이트(www.acbhcs.org)에서 보기 가능하며, 요청시 이메일로 제공되거나 귀하에게 무료로 종이 형태로도 제공됩니다. 안내서 및 제공자 명부는 카운티의 기준 언어(영어, 스페인어, 광둥어, 북경어, 베트남어, 타갈로그어, 한국어 및 페르시아어) 및 대체 형식으로 제공됩니다.

안내서와 제공자 명부에 관해서는 ACCESS 라인1 (800) 491-9099 로 전화하여 언어 지원을 받을 수 있습니다.



수혜자 문제 해결 정보 이의 제기 또는 항소 결정

불만족스러운 서비스 - 이의 제기는 무엇이든 할 수 있습니다.

예 :

- 원하는 종류의 서비스를 받지 못하는 경우
- 품질이 떨어지는 서비스를 받는 경우
- 부당하게 대우 받고 있는 경우
- 귀하에게 좋은 시간에 약속이 한 번도 이루어지지 않을 경우
- 시설이 깨끗하지 않거나 안전하지 않은 경우

알라미다 카운티 BHCS 에 이의를 제기 할 수있는 곳 :

전화로 할 경우 : 1-800-779-0787 BHCS 소비자 지원

청각 또는 언어 지원에 대한 도움을 받으려면 711 번으로 전화하십시오.

캘리포니아 중계 서비스

미국 우편을 통해 할 경우 : 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

개인으로 할 경우 : 정신 건강 협회의 소비자 지원 방문

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

귀하의 제공자를 통해 할 경우 : 귀하의 제공자는 귀하의 고충을 내부적으로 해결하거나 위의 ACBHCS 로 귀하를 안내할 수 있습니다. 귀하는 제공자로부터 양식 및 도움을 얻을 수 있습니다.

부당한 결정 - 귀하는 항소 할 수 있습니다.

귀하는 BHP 로 부터 귀하의 혜택에 관한 "불리한 혜택 결정 통지"(NOABD)를 받게 될 것입니다.

예 :

- 요청한 서비스가 거부되거나 제한된 경우.
- 현재 받고 있는 이전에 승인 된 서비스가 축소, 일시 중지 또는 해지 된 경우.
- BHP 가 귀하가 받은 서비스 비용을 지불하는 것을 거부하는 경우.
- 적시에 서비스가 제공되지 않는 경우.
- 귀하의 이의 제기나 항소가 상정 된 시간 내에 해결되지 않을 경우.
- 금융 부채 분쟁에 대한 귀하의 요청이 거부 된 경우.

항소 접수처 (Medi-Cal 서비스를받는 Medi-Cal 수혜자에게만 적용) 알라미다 카운티 BHCS :

전화로 할 경우 : 1-800-779-0787 BHCS 소비자 지원

청각 또는 언어 지원에 대한 도움을 받으려면 711 번으로 전화하십시오.

캘리포니아 중계 서비스

미국 우편을 통해 할 경우 : 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

개인으로 할 경우 : 정신 건강 협회의 소비자 지원 방문

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

BHP 의 항소 절차를 완료하고 문제가 만족스럽게 해결되지 않으면 캘리포니아 사회 서비스 부서가 실시하는 독립적인 검토인 주 공정 청문회에 대한 권리가 있습니다. 주 공정 청문회 요청은 각 항소 통지서 (NAR)에 포함되어 있습니다. 소인이 찍힌 날짜로부터 120 일 이내에 또는 BHP 가 귀하에게 NAR 을 귀하에게 준 날로부터 요청을 제출해야 합니다. 귀하는 NOABD 를

받았는지 여부에 관계없이 주 공청회 심의를 요청할 수 있습니다. 청문회를 기다리는 동안 동일한 서비스를 유지하려면 NAR 이 우편으로 발송되거나 개인적으로 귀하에게 제공된 날짜로부터 10 일 이내에 또는 변경된 서비스의 발효 날짜 중 더 뒤에 오는 날짜까지 청문회를 요청해야 합니다. 주정부는 요청이 있는 날로부터 90 일 이내에 표준 심의회 요청에 관한 결정에 도달하고 신속 심의회 요청은 3 일 이내에 결정에 도달해야 합니다. BHP 는 BHP 의 ABD 를 취소한 통보를 받은 날로부터 72 시간 이내에 즉시 분쟁 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다. 주정부 공정 청문회 신청은 1 (800) 952-5253 으로 전화하거나 TTY 1 (800) 952-8349, 온라인으로 <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> 또는 서면으로 : California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

환자의 권리

소비자발적5150 보류와 관련된 문제, 5250 보류 및 보전은 기존의 환자의 권리와 같은 법적 구제 조치는 불만 또는 호소 절차가 아닙니다. 환자 권리 옹호자에게 연락하십시오 : 1 (800) 734-2504 또는 (510) 835-2505.

- 예
- 귀하가 감금되어 있다면 귀하의 시설이 그렇게 할 타당한 이유가 있다고 생각하지 않을 경우
 - 만약 귀하가 귀하의 의지에 반해 입원했다면 왜 그랬는지 또는 귀하에게 어떠한 선택이 있었는지 이해하지 못할 경우.

환자의 권리 문제 등록할 수 있는 곳

- 환자 권리 옹호자에게 (800) 734-2504 로 전화하십시오. 이 번호는 근무 시간 외 자동 응답기가 있는 24 시간 전화번호입니다. 수금 통화가 허용됩니다.

수혜자 문제 해결 절차에 대한 자세한 내용은 해당 패킷의 2-3 페이지에 설명되어 있는 **Medi-Cal** 정신 건강 서비스 안내서 또는 **Drug Medi-Cal** 서비스 안내서를 공급자에게 문의하십시오. 양식 작성에 대한 질문이나 도움이 필요하면 의사에게 문의하거나 다음 연락처로 문의하십시오: **Consumer Assistance t 1(800) 779-0787**

수혜자 문제 해결 과정과 관련된 언어 지원은 소비자 보조(Consumer Assistance) 1 (800) 779-0787 로 전화하여 이용 가능합니다

사전지시정보

“의료 치료에 관한 결정을 내릴 수 있는 귀하의 권한”

(만 18 세 이상인 경우에만 해당)

의료 제공자: "의료 치료에 관한 결정 권한" 은 다국어로

http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf 에서 볼 수 있습니다



18 세 이상인 경우, 행동 건강 플랜은 연방법 및 주법에 의해 건강 결정을 내릴 권리와 미래에 자신을 위해 말할 수 없는 경우에 대비하여 자신의 의료 진료를 계획 할 수 있는 방법을 알려줄 것을 요구합니다. 지금 그 계획을 세우면 개인 소원과 선호 사항을 알 필요가 있는 사람들에게 전달할 수 있습니다. 이 절차를 사전 지시문 작성이라고 합니다.



귀하의 요청에 따라, 귀하는 "귀하의 의료 결정 권리"라 불리는 사전 지시서에 관한 정보를 받게 될 것입니다. 사전 지시서 작성의 중요성, 귀하가 의료 지시서를 작성하고자 결정할 때 어떤 종류의 것들을 고려해야 하는지에 관련된 주법을 설명합니다. 사전 지시서를 작성하는 것리 필수는 아니지만, 우리는 귀하가 사전 지시서를 만드는데 관련된 문제를 탐구하고 해결하도록 권장합니다. 알라미다 카운티 BHCS 제공자 및 직원은이 과정에서 귀하를 지원할 수 있지만 귀하를 위해 사전 지시서를 작성할 수는 없습니다. 이 정보가 귀하의 치료에 대한 통제력을 높이는 방법을 이해하는데 도움이되기를 바랍니다. 알라미다 카운티 BHCS 제공 기관이 귀하에게 제공하는 진료는 귀하가 사전 지시서를 작성했는지 여부에 따라 결정되지 않습니다. 사전 지시서 요구 사항에 대한 불만 사항이 있으시면 1-800-779-0787 로 소비자 지원부에 문의하십시오.

Chuck McKetney Director of Health
and Business Data Analytics 1000 San
Leandro Blvd., Suite 300 San Leandro,
CA 94577
(510) 667-3092

개인 정보 보호 관행 통지

건강 보험 이식성 및 책임 성법 (HIPAA) 및
경제 및 임상 건강 정보 기술 (HITECH)

이 통지문은 귀하의 건강 정보가 사용 및 공개 될 수있는 방법과 귀하가 본 정보에 접근 할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토하십시오.

이 통지문에 대해 질문이 있으시면, 귀하의 건강 관리 서비스 제공자 또는 해당 알라미다 카운티 건강 관리 서비스 기관 부서에 연락하십시오.

행정 및 소아 건강 (510) 618-3452
행동 건강 서비스, 소비자 보조 사무실 (800) 779-0787
공공 보건부 국장 (510) 267-8000
환경 보건부 (510) 567-6700

이 통지문의 목적

이 통지문은 알라미다 카운티 건강 관리 서비스 기관 (ACHCSA), 해당 부서 및 프로그램 그리고 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 개인의 정보 보호 관행을 설명합니다. 이 개인들은 건강 관리 전문가 및 알라미다

카운티에서 귀하에게 서비스를 제공하거나 주 및 연방법을 준수하는 일환으로 귀하의 건강 정보에 접근 할 수 있도록 승인 한 기타 개인입니다.

보건 전문가 및 기타 개인은 다음과 같습니다 :

- 신체 건강 전문가 (예 : 의사, 간호사, 기술자, 의대생);
- 행동 건강 관리 전문가 (예 : 정신과 의사, 심리학자, 면허있는 임상 사회 복지사, 결혼 및 가족 치료사, 정신과 기술자 및 간호사, 인턴)
- 이 기관에서 귀하를 돌보는 일에 관여하거나 ACHCSA 직원, 직원 및 귀하의 건강 관리를 가능하게 하는 서비스 또는 기능을 수행하는 기타 직원을 포함하여 이 기관과 협력하여 고객을 돌보는 다른 개인.

이 사람들은 치료, 지불 또는 보건 진료의 목적으로 다른 사람 및 다른 건강 관리 제공자와 귀하의 건강 정보를 공유 할 수 있습니다.

우리의 책임

귀하의 건강 정보는 기밀이며 특정 법률에 의해 보호됩니다. 이 법률에 따라 이 정보를 보호하고 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행에 관한 통지를 제공하는 것은 우리의 책임입니다. 현재 시행되고 있는 이 통지문의 조건을 준수하는 것은 또한 우리의 책임입니다. 이 통지문은 :

- 귀하의 사전 서면 승인없이 발생할 수 있는 귀하의 정보 사용 및 공개 유형을 확인합니다.
- 귀하의 정보 사용 또는 공개에 동의하거나 동의하지 않을 수 있는 상황을 확인합니다.
- 우리에게 서면 승인을 제공 한 경우에만 귀하의 정보에 대한 다른 공개가 이루어질 것이라고 조언합니다.
- 귀하의 개인 건강 정보에 관한 귀하의 권리를 조언합니다.

귀하의 건강 정보를 사용하고 공개하는 방법

건강 정보의 사용 및 공개 유형은 범주로 나눌 수 있습니다. 아래에 설명과 몇 가지 예가 나와 있습니다. 모든 유형의 사용 및 공개가 나열 될 수는 없지만 모든 사용 및 공개는 범주 중 하나에 속합니다.

- **치료.** 우리는 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공유하여 귀하에게 치료 또는 기타 건강 서비스를 제공 할 수 있습니다. "치료"란 용어는 신체 건강 치료 및 귀하가 받을 수 있는 "행동 건강 서비스"(정신 건강 서비스 및 알코올 또는 기타 약물 치료 서비스)를 포함합니다. 예를 들어, 면허있는 임상 의사는 귀하가 먹을 수 있는 약을 처방하는 정신과 의사를 만나도록 약속을 잡거나 귀하의 치료 선택권에 대해 정신과 의사와 상담 할 수 있습니다. 또는 직원이 검사실 작업을 수행하도록 처방전을 작성하거나 신체 검사를 위해 외부 의사에게 위탁 할 수 있습니다. 귀하가 다른 의료기관으로부터 건강 관리 서비스를 받는 경우, 귀하의 의료 정보를 귀하의 신규 제공자에게 치료 목적으로 공개 할 수도 있습니다.
- **지불.** 귀하가 제공한 치료 및 서비스에 대한 지불을 위해 귀하 또는 보험 회사 또는 제 3자에게 청구 할 수 있도록 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유 할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 건강

보험 플랜에 귀하의 치료 또는 상담에 대한 정보를 제공해야 할 수도 있습니다. 따라서 그들이 우리에게 귀하의 치료비를 지불하거나 서비스에 대한 비용을 귀하에게 상환 할 수 있습니다. 사전 승인을 얻기 위해 또는 귀하의 보험이 치료비를 지불할지 여부를 결정하기 위해 우리가 제공 할 치료 또는 서비스에 대해서도 알려줄 수 있습니다. 귀하가 다른 의료기관으로부터 건강 관리 서비스를받는 경우, 귀하의 건강 정보를 귀하의 신규 제공자에게 지불 목적으로 공개 할 수도 있습니다.

➤ **건강 관리 운영.** 우리는 시설 운영을 위해 귀하에 관한 건강 정보를 사용하고 공개 할 수 있습니다. 우리는 알라미다 카운티 부서와 귀하의 건강 정보 중 일부를 공유 할 수 있지만, 이는 우리의 건강 관리 운영을 지원하는 중요한 기능을 수행하는 데 필요한 범위까지만 가능합니다. 이러한 사용 및 공개는 의료 서비스 기관의 행정 운영 및 모든 고객이 양질의 진료를 받을 수 있도록 하기 위해 필요합니다. 예를 들어, 우리는 귀하의 건강 정보를 다음과 같은 경우에 사용할 수 있습니다:

- 우리의 치료와 서비스를 검토하고 당신을 돌보는 직원의 수행 능력을 평가하기 위해.
- 추가로 어떤 서비스를 제공해야 하는지, 어떤 서비스가 필요하지 않은지, 특정 새로운 치료법이 효과적인지 여부를 결정하는 데 도움이 되기 위해.
- 의사, 간호사, 임상, 기술자, 기타 건강 관리 직원, 학생, 인턴 및 기타 기관 직원의 검토 또는 학습 활동을 위해.
- 재정 관리와 법규 준수에 도움을 주기 위해.

귀하가 다른 의료기관으로부터 건강 관리 서비스를 받는 경우, 저희는 귀하의 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 신규 서비스 제공자에게 귀하의 건강 정보를 공개 할 수도 있습니다. 또한 우리는 특정 건강 정보 집합에서 귀하를 식별 할 수 있는 정보를 삭제하여 다른 사람들이 특정 환자의 신원을 파악하지 않고 건강 관리 및 건강 관리 서비스를 연구하는데 사용할 수 있습니다.

- 또한 건강관리 운영을 위해 "조직화 된 건강 관리 약정"(OHCA's)에 참여하는 다른 의료 서비스 제공자, 건강 관리 정보 센터 및 건강 플랜과 귀하의 의료 정보를 공유 할 수 있습니다. OHCA 에는 병원, 의사 조직, 건강 플랜 또한 OHCA 의 건강 관리 운영을 위해 및 건강 관리 서비스를 공동으로 제공하는 기타 단체가 포함됩니다. 우리가 참여하는 OHCA 의 목록은 ACCESS 에서 구할 수 있습니다..
- 방명록. 우리는 귀하가 우리 시설에 도착했을 때 방명록에 이름을 적게하여 귀하의 의료 정보를 사용하고 공개 할 수 있습니다. 우리는 귀하를 볼 준비가 되었을 때 귀하의 이름을 부를 수도 있습니다.

가족과의 통보 및 의사 소통. 우리는 귀하의 위치나 귀하의 일반적인 건강 상태에 대해 또는 귀하가 다르게 지시하지 않은 한 귀하가 사망할 경우 귀하의 가족 구성원, 개인 대리인 또는 귀하를 돌보는 책임자에게 통보하기 위해 또는 통보하는데 도움을 주기 위해 귀하의 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 재난 발생시, 우리는 구호 단체에 정보를 공개하여 이러한 통지 노력을 조정할 수 있습니다. 우리는 또한 귀하의 보살핌에 관련된 사람이나 귀하의 서비스 비용 지불을 돕는자에게 정보를 공개할 수 있습니다. 귀하가 동의하거나 반대 할 수 상태에 있는 경우, 당사는 이러한 공개를 하기 전에 귀하에게 반대 할 기회를 제공 할 것입니다. 그러나 응급 상황에 대처할 필요가 있다고 판단되는 경우 귀하의 반대에도 불구하고 이 정보를 공개 할 수 있습니다. 귀하가 동의하거나 반대 할 수 없는 상황에 처해 있거나 또는 직접 동의나 반대 할 수 없는 경우, 저희 보건 전문가는 귀하의 가족 및 타인과의 의사 소통에 있어 최선의 판단을 할 것입니다.

귀하에게 동의 또는 거부의 기회를 제공 할 의무가 없는 공개.

위의 상황 외에도 법률에 따라 귀하의 허락 없이도 귀하의 건강 정보를 공유 할 수 있습니다. 다음은 이러한 상황에 대한 설명입니다.

- **법의 요구에 따라.** 연방, 주 또는 지방 법에 따라 필요한 경우 귀하에 대한 건강 정보를 공개 할 것입니다. 예를 들어, 귀하의 권리가 침해당하지 않았음을 확인하기 위해 보건 복지부에 정보를 공개해야 할 수도 있습니다.
- **학대 또는 방임 의혹.** 우리는 아동 학대 또는 방치, 장로 또는 부양 가족의 학대 및 태만과 관련이있는 경우 또는 미성년자는 아니지만 학대, 방치 또는 가정 폭력의 희생자일 경우, 귀하가 공개에 동의하거나 당사가 법에 의해 이를 공개하도록 허가 받았거나 귀하 또는 다른 사람들에게 심각한 손해를 입히지 않도록 공개가 필요하다고 여겨질 때 적절한 기관에 귀하의 건강 정보를 공개 할 것입니다.
- **공중 보건 위험.** 우리는 공중 보건 활동을 위해 귀하의 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 이러한 활동에는 일반적으로 다음이 포함됩니다.
 - 질병, 부상 또는 장애를 예방하거나 통제하기 위해
 - 출생과 사망 신고를 위해
 - 의약품에 대한 반응이나 제품 관련 문제를 보고하기 위해.
 - 사용하고있는 제품의 리콜을 사람들에게 알리기 위해
 - 질병에 노출 되었을 가능성이 있거나 질병에 걸리거나 질병을 퍼뜨릴 위험이 있는 사람에게 알리기 위해.
- **건강 감독 활동.** 우리는 법에 의해 허가 된 활동에 대해 보건 감독 기관에 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 이러한 감독 활동에는 예를 들어 감사, 수사, 검사 및 면허가 포함됩니다. 이러한 활동은 정부가 보건 의료 시스템, 정부 프로그램 및 민권법 준수 여부를 관리하는 데 필요합니다.
- **사법 및 행정 절차.** 법원이나 행정 명령에 의해 명시적으로 승인 된 범위 내에서 행정 또는 사법 절차 진행 과정에서 귀하의 개인 건강 정보를 공개 할 수 있으며 때로는 법으로 요구됩니다. 법원이나 행정 기관에 의해 귀하의 이의 제기가 해결 되었거나 귀하가 요청한 사실을 귀하에게 통보하기 위해 합당한 노력이 이루어 졌다면 소환장, 발견 요청 또는 기타 합법적인 절차에 대한 응답으로 귀하에 관한 정보를 공개 할 수도 있습니다.
- **법 집행.** 법 집행관이 요청하면 건강 정보를 공개 할 수 있습니다.
 - 법원 명령 또는 유사한 지시에 대해 응답해야 할 경우.
 - 용의자, 증인, 실종자 등을 확인하거나 찾아내야 할 경우.
 - 범죄 피해자에 대한 정보를 법 집행 기관에 제공해야 할 경우.

- 우리의 시설이나 직원에 관한 범죄 활동 또는 위협을 보고해야 할 경우.

- **검시관 및 장의사.** 우리는 검시관에게 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 예를 들어, 사망한 사람을 확인하거나 사망 원인을 판단하는 데 필요할 수 있습니다. 또한 장례식 책임자가 의무를 이행하는 데 필요한 도움을주기 위해 우리 시설의 환자에 대한 건강 정보를 공개 할 수도 있습니다.
- **장기 또는 조직 기증.** 장기 기증자 인 경우 장기 기증 또는 장기 이식을 담당하는 기관에 의료 정보를 공개 할 수 있습니다.
- **연구.** 우리는 특정 제한된 상황에서 연구 목적으로 귀하의 정보를 사용하거나 공개 할 수 있습니다.
- **건강이나 안전에 심각한 위협을 피해야 할 경우.** 우리는 귀하의 건강과 안전, 또는 대중이나 다른 사람의 건강과 안전에 대한 심각한 위협을 방지하기 위해 필요한 경우 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개 할 수 있습니다. 그러나 공개는 위협이나 피해를 예방할 수 있다고 생각하는 사람에게만 공개됩니다.
- **특별 정부 기능의 경우.** 우리는 정부가 귀하와 관련된 기능 수행을 돕기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개 할 수 있습니다. 귀하의 건강 정보는 (i) 귀하가 군대의 구성원인 경우 군대 임무 수행을 지원하기 위해 군대 지휘 당국에; (ii) 국가 안보 활동 수행을 위해 허가 된 연방 공무원에게; (iii) 대통령이나 다른 사람에게 보호 서비스를 제공하거나 법이 허용하는 조사에 대해 허가 된 연방 공무원에게; (iv) 귀하가 구금 시설에있는 경우, 건강 관리, 건강 및 안전 목적을 위한 교정 기관에; (v) 법이 허용하는 한 근로자 산재 보상 프로그램에; (vi) 연방 및 주 선택 헌법 임원 및 그 가족 보호를 위한 정부 법 집행 기관에; (vii) 특정 범죄 환자에 대한 이동 및 신원 확인 목적을 위해 또는 총기류 또는 치명적인 무기를 구입, 소유 또는 통제 할 수 없는 사람에 관한 사항을 캘리포니아 주 법무부에게; (viii) 입법 심사의 목적 상 상원 또는 의회 규칙위원회에; (ix) 특정 조사의 목적으로 주 전체 보호 및지지 조직 및 카운티 환자 권리 국에 공개 할 수 있습니다.
- **정보의 다른 특별 카테고리.** 적용될 경우. 특정 범주의 정보 (예 : 인간 면역 결핍 바이러스 (HIV) 검사 또는 알코올 및 약물 남용 치료 및 서비스)의 사용 또는 공개는 특별한 법적 요구 사항이 적용될 수 있습니다. 또한 귀하가 받는 일반적인 의료 (비 정신 건강) 치료와 관련된 의료 정보의 사용 및 공개는 다소 다른 규칙이 적용될 수 있습니다.
- **정신 요법 메모.** 적용될 경우. 정신 요법 메모란 사적인 상담 이나 그룹, 공동 또는 가족 상담에서 대화의 내용을 문서화 또는 분석하고 나머지와 분리된 정신 건강 전문가인 건강 관리 제공자가 기록한 (모든 매체포함) 메모를 의미합니다. 개인의 의료 기록을 정신 요법 노트에는 약물 처방 및 모니터링, 카운슬링 세션 시작 및 중지 시간, 제공된 치료의 양상 및 빈도, 임상 검사 결과 및 다음 항목의 요약이 제외됩니다: 진단, 기능 상태, 치료 계획, 증상, 예후 및 진행상황.
- 법에 의해 또는 다음 나열된 상황에 따라 귀하의 정신 요법 노트를 사용하거나 공개 할 수 있습니다:
- 노트 작성자가 사용하기 위해
- 학생, 연수생 또는 실무자를 위한 감독 정신 건강 교육 프로그램

- 제공자가 개인이 제기한 소송 또는 기타 소송을 변호하기 위해
- 개인이나 대중의 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 예방하거나 감소하기 위해
- 정신 요법 의사 작성자의 건강 감독을 위해
- 검사관에게 환자의 사망 사실을 사용하거나 공개하기 위해
- 개인이나 대중의 건강 또는 안전에 심각하고도 절박한 위협을 예방하거나 감소하기 위해 필요한 사용 또는 공개를 위해
- 법의 요구에 따라 또는 조사 과정의 필요에 따라 귀하 또는 DHHS 장관에게 사용이나 공개를 위해
- 귀하의 사망 후에 검사관에게, 귀하가 귀하의 정신 요법 메모 사용이나 공개 허가를 철회하면, 우리는 이러한 메모의 사용 또는 공개를 중단합니다.
- **소유권 변경. 적용될 경우.** 이 조직/ 프로그램이 판매되거나 다른 조직과 병합되는 경우 귀하의 개인 건강 정보 / 기록은 새 소유자의 재산이되지만 귀하의 개인 건강 정보 사본을 조직/프로그램에게 양도 할 것을 요청할 권리는 유지됩니다.

동의하거나 동의 할 기회가 주어진 후에 만 공개.

리가 귀하와 상의하지 않는 한 (가능한 경우) 그리고 귀하가 공유에 반대하지 않는 한 귀하의 건강 정보를 공유하지 않을 상황이 있습니다. 이러한 상황은 다음과 같습니다.

- **환자 정보록.** 성직자 또는 귀하의 이름을 묻는 사람에게 공개 목적으로 환자의 이름, 건강 상태, 치료 장소 등의 정보를 보관하고 있으므로 이 사람들과 정보를 공유 할 수 있는지 여부에 대해 귀하와 상의 할 것입니다.
- **귀하의 관리나 지불에 관여한 사람.** 우리는 가족 구성원, 가까운 친한 친구 또는 귀하의 건강 관리 (또는 귀하의 건강 관리를 위한 지불)와 관련된 것으로 지명 된 다른 사람에게 그 사람의 관련과 관련된 귀하의 건강 정보를 공개 할 수 있습니다. 예를 들어 가족이나 친구에게 약국에서 약을 사오라고 요청하면 그 약이 무엇인지, 언제 약이 준비가 되었는지 알릴 수 있습니다. 또한 가족 구성원 (또는 귀하의 보살핌을 담당하는 다른 사람)에게 귀하의 위치 및 건강 상태에 대해 귀하가 이의를 제기하지 않는 한 통지 할 수 있습니다.
- **귀하와의 소통에서 공개.** 우리는 귀하와 연락시 귀하에게 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 이 시설에서 치료를 위한 약속 시간을 알리기 위해 건강 정보를 사용하고 공개 할 수 있으며, 관심있는 치료 옵션이나 대안을 알려주거나 추천 할 수 있습니다. 우리는 귀하가 관심을 가질만 한 건강 관련 혜택이나 서비스에 관해 귀하에게 알리기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개 할 수 있습니다. 우리는 기금 모금 활동에 관해 귀하에게 연락 할 수도 있습니다.
- **건강 정보의 다른 용도.** 이 통지에 포함되지 않거나 당사에 적용되는 법률에 관한 건강 정보의 다른 용도 및 공개는 서면 허가를 받은 경우에만 수행됩니다. 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공개 할 수 있는 권한을 당사에 제공 한 경우 귀하는 언제든지 서면으로 해당 권한을 취소 할 수 있습니다. 귀하가 귀하의 허락을 취소 한 경우 귀하의 서면 승인이 적용되는 이유로 귀하의 건강

정보를 더 이상 사용하거나 공개하지 않을 것입니다. 귀하는 귀하의 허락하에 이미 우리가 공개한 내용을 되돌릴 수 없고, 귀하에게 제공한 진료 기록을 보관해야 한다는 것을 이해합니다.

귀하의 건강 정보에 관한 귀하의 권리

귀하가 당사에 대해 유지하는 건강 정보와 관련하여 귀하는 다음 권리를 갖습니다

- **위반 통지.** 안전하지 않은 보호된 개인 건강 정보가 유출된 경우 법에 따라 귀하에게 알려드립니다. 현재 이메일 주소를 저희에게 제공한 경우, 이메일로 유출에 관련된 연락을 취할 수 있습니다. 경우에 따라 당사의 업무 담당자가 통지를 제공 할 수 있습니다. 우리는 또한 적절한 다른 방법으로 통지를 제공 할 수도 있습니다. [참고 사항: 이메일 통지는 환자 건강 정보 (PHI)가 포함되지 않으며 부적절한 정보를 공개하지 않는다고 확신하는 경우에만 사용됩니다. 예를 들어 이메일 주소가 "digestivediseaseassociates.com" 인 경우 이 주소와 함께 보낸 이메일을 가로 챌 수 있으면 환자와 상태를 식별 할 수 있습니다.]
- **검토하고 복사 할 권리.** 귀하는 이 건강 정보를 검토하고 복사할 권리가 있습니다. 일반적으로 의료 기록 및 청구 기록이 포함되지만 일부 정신 건강 정보는 포함되지 않을 수 있습니다. 특정 제한 사항이 적용됩니다.
 - 서면으로 요청서를 제출해야 합니다. 우리는 이 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공 할 수 있습니다.
 - 복사를 요청하면 복사, 우편 발송 또는 귀하의 요청과 관련된 기타 물품 비용에 대해 합리적인 요금을 부과할 수 있습니다.
 - 이 요청과 관련된 통지는 근무일 기준 10 일 이내에 받을 것으로 예상하면 됩니다.
 - 특정 상황에서 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 건강 정보 접근을 거부당한 경우 법이 정한대로 거부 검토를 요청할 수 있습니다.
 - 우리가 귀하의 심리 요법 기록에 접근하려는 귀하의 요청을 거부하는 경우, 귀하는 다른 정신 건강 전문가에게 그 심리 요법 기록을 이전시킬 권리가 있습니다.
- **수정의 권리.** 우리가 귀하에 대해 가지고 있는 건강 정보가 정확하지 않거나 불완전 하다고 생각되면 정보를 수정하도록 요청할 수 있습니다. 기존 정보가 정확하고 완전하다고 판단될 경우 우리는 수정을 하지 않아도 됩니다. 우리는 귀하의 기록에서 정보를 삭제하지 않아도 됩니다. 오류가 있는 경우 정보를 명확히 하거나 보완하여 오류를 수정합니다. 귀하는 시설이 또는 시설의 필요에 따라 정보를 보관하는 한 수정안을 요청할 권리가 있습니다. 특정 제한 사항이 적용됩니다.
 - 서면으로 귀하의 수정 신청서를 제출해야 합니다. 우리는 이 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공 할 수 있습니다.
 - 귀하의 요청을 뒷받침하는 이유를 제공해야 합니다.
 - 서면이 아니거나 이유가 없는 개정에 대한 귀하의 요청을 거부 할 수 있습니다.
 - 요청을 지원합니다. 또한, 귀하가 다음과 같은 정보를 수정하도록 요청하면 귀하의 요청을 거부 할 수 있습니다 : ○ 정보 작성자가 수정안을 더 이상 이용할 수 없는 경우를 제외하고는 당사가 작성하지 않았을 경우.
 - 우리 시설에서 또는 시설을 위해 보관하는 건강 정보의 일부가 아닌 경우.
 - 우리 시설에서 귀하가 검토하거나 복사 할 수 있는 정보가 아닌 경우. 당사가 귀하의 수정 요청을 거부 하더라도, 귀하는 불완전하거나 부정확 하다고 생각되는 귀하의 기록에 있는 항목이나 진술과 관련하여 서면 부록을 제출할 권리가 있습니다. 귀하가 귀하의 건강 기록에 부록을 추가하기를 원한다는 것을 서면으로 명확히 밝히면 우리는 귀하의 기록에

그 부록을 첨부하고 불완전하거나 부정확 하다고 생각되는 항목이나 진술을 공개할 때마다이를 포함 시킵니다.

- **특별한 개인 정보 보호를 요청할 권리.** 귀하는 치료, 지불 또는 건강 관리 운영을 위해 귀하가 사용하거나 공개하는 건강 정보에 대한 제한을 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하는 가족이나 친구와 같이 귀하의 진료 또는 치료비 지불에 관여한 사람에게 귀하에 관한 귀하의 건강 정보에 대한 제한을 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 진단이나 치료에 관해서 친구 나 가족에게 정보를 사용하거나 공개하지 말 것을 요청할 수 있습니다.

우리가 귀하의 정보를 치료, 지불 또는 건강 관리를 위해 사용하는 방법을 제한하려는 귀하의 요청에 동의하는 경우, 비상시 치료를 제공하기 위해 정보가 필요하지 않는 한 우리는 귀하의 요청을 준수 할 것입니다. 제한을 요청하려면 제공자에게 서면으로 요청해야 합니다. 요청시 귀하가 사용하고자하는 정보, 공개 또는 둘 모두를 제한하고자하는 정보, 귀하가 제한을 적용할 정보를 알려 주셔야 합니다.

귀하가 지불 한 정신 건강 치료 품목 또는 서비스에 관한 귀하의 건강 보험에 정보를 공개하지 말라고 말하면 치료 또는 합법적인 정보를 공개해야하는 경우를 제외하고 귀하의 요청을 준수 할 것입니다. 원인. 우리는 다른 요청을 수락하거나 거절할 권리가 있으며, 우리의 결정을 귀하에게 통보합니다.

- **기밀 통신을 요청할 권리.** 귀하는 특정 방법이나 특정 장소에서 의료 문제에 관해 귀하와 의사 소통을 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 직장이나 우편으로만 연락하도록 요청할 수 있습니다. 기밀 통신을 요청하려면 제공자에게 서면으로 요청해야 합니다. 우리는 귀하의 요청에 대한 이유를 묻지 않을 것입니다. 합당한 모든 요청을 수용 할 것입니다. 귀하의 요청은 귀하가 연락하기를 원하는 방법이나 장소를 명시해야 합니다.

- **통지서 사본을 받을 권리.** 귀하는이 통지서의 사본을 받을 권리가 있습니다. 언제든지 이 통지서 사본을 보내줄 것을 요청할 수 있습니다. 귀하가 이 통지서를 전자 통신으로 수신 하기로 동의 한 경우에도 귀하는 이 통지서의 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 이 통지서 사본을 귀하의 의료 제공자 또는 위에 언급된 프로그램 중 한 곳에서 구할 수 있습니다.

- **공개 회계에 대한 권리.** 귀하는 "공시 회계"를 요청할 권리가 있습니다. 귀하가 회계를 요청한 날로부터 6 년 전까지 귀하에 관한 건강 정보를 공개한 목록입니다. 공개 회계는 다음이 포함되지 않습니다.

- 치료, 지불 또는 건강 관리 운영에 필요한 공개.
- 우리가 당신에게 한 공개.
- 달리 허용되거나 요구되는 공개에 부수적인 공개.
- 귀하의 서면 승인으로 이루어진 공개.
- 법률에 의해 허용되거나 요구되는 특정의 다른 공개

이 목록이나 공개 회계를 요청하려면 서면으로 요청서를 제출해야 합니다. 우리는이 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공 할 수 있습니다. 귀하의 요청에는 6 년을 초과 할 수 없고 2003 년 4 월 14 일 이전의 날짜가 포함되지 않는 기간이 명시 되어야 합니다. 귀하의 요청에는 귀하가 원하는 통보 방식을 명시 해야 합니다. (예: 종이 또는 전자). 12 개월 내에 요청한 첫 번째 목록은 무료입니다. 추가 목록에 대해서는 목록 제공 비용이 청구될 수 있습니다. 우리는 비용을 귀하에게 통보하고 비용이 발생하기 전에 그 시점에 귀하의 요청을 철회하거나 수정할 수 있습니다.

우리는 또한 귀하의 건강 정보가 불법적으로 접근되거나 공개될 경우 법률에 따라 귀하에게 통지해야 합니다.

이 고지의 변경

우리는 이 통지서를 변경할 권리가 있습니다. 우리는 개정 또는 변경된 통지가 우리가 이미 귀하에 대해 가지고 있는 건강 정보와 앞으로 받게 될 정보에 대해 효력을 발생시킬 권리를 보유하고 있습니다. 우리는 현재 통지의 사본을 시설 및 제공자 웹 사이트에 게시할 것입니다. 귀하는 개인 정보 보호 관행 통지가 변경되거나 귀하가 새로운 장소에 등록하는 경우 새로운 통지서 사본을 받게됩니다.

불만 제기

건강 관리 서비스 청의 모든 프로그램은 귀하의 개인 건강 정보의 개인 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해 되었다고 생각되면 위반이 발생한 것으로 간주되는 부서에 불만을 제기 할 수 있습니다. 우리는 적시에 귀하의 청구를 조사하고 필요한 경우 시정 조치를 취할 것입니다.

모든 불만 사항은 서면으로 제출해야 합니다. 불만 제기에 대한 벌칙을 받지 않을 것입니다. 다음 주소로 연락하여 불만 제기 양식 및 지침 사본을 얻을 수 있습니다.

행동 건강관리서비스	환경건강부	행정및인디전트 건강	공공 보건부
Consumer Assistance Office Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	Office of the Director 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	Office of the Director 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	Office of the Director ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

또한 미국 보건 복지부에 불만을 제기 할 수도 있습니다. 해당 부서에서는 HCSA 에 불만 사항을 조사하도록 요청할 것이므로 위의 주소에서 HCSA 에 직접 연락하는 경우보다 불만 사항을 해결하는 데 시간이 오래 걸릴 수 있습니다. 미국 보건 복지부 장관에게 불만을 제기 하려면 다음으로 연락하십시오.

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102

정보 공시 42 CFR Part 2 :
약물 및 알코올 환자 정보에 대한 정보
주의 깊게 검토하십시오.

(물질 사용 처리 서비스만 받는 수혜자에게 적용 가능)

42 CFR, 파트 2 : 건강 관리에 대한 지불을 포함한 귀하의 건강 관리에 관한 일반 정보는 1996 년 건강 보험 이식성 및 책임 성법 ("HIPAA"), 42 U.S.C. § 1320d et seq., 45 C.F.R. Parts 160 & 164, & Confidentiality Law, 42 U.S.C. § 290dd-2 및 42 C.F.R. 제 2 부.이 법과 규정에 따라 귀하의 약물 사용 장애 ("SUD") 치료 기록의 기밀성은 다음과 관련된 연방 정부 지원 프로그램이나 활동의 수행과 관련하여 유지되는 신원, 진단, 예후 또는 치료 기록의 기밀성을 보호합니다. 약물 남용 교육, 예방, 훈련, 치료 재활 또는 연구. 제공자는 귀하가 프로그램에 참석했다는 것을 프로그램 외부인에게 말할 수 없으며, 제공자가 귀하를 알코올 또는 약물 치료 환자로 밝히는 정보를 공개하거나 연방법에서 허용하는 경우를 제외하고는 기타 보호 된 정보를 공개 할 수 없습니다. 제공자는 지불 목적으로 귀하에 관한 정보를 공개하기 전에 서면 동의를 받아야 합니다. 예를 들어 의료 서비스 제공자는 서비스 비용을 지불하기 위해 의료 보험 회사에 정보를 공개하기 전에 서면 동의를 받아야 합니다. 또한 제공자는 귀하에 관한 정보를 판매하거나 마케팅 목적으로 귀하에 관한 정보를 공개하기 전에 서면 동의를 받아야 합니다. 일반적으로 제공자는 치료 목적이나 건강 관리 운영을 위해 정보를 공유하기 전에 서면 동의서에 서명해야 합니다. 제공자가 일반적으로 SUD 고객으로서 고객을 직간접 적으로 공개하는 정보를 공개할 수는 없지만 연방 법률 및 규정은 제공자가 서면 허가없이 정보를 공개하는 것을 허용합니다.

1. 고객이 자신이나 타인에게 위협 할 때;
2. 고객이 위협하거나 타인에게 해를 끼치고자 위협하는 경우
3. 환자가 중증 장애가 있어 치료에 대한 합리적인 결정을 내릴 수 없는 경우;
4. 고객이 아동 학대 또는 방치 혐의가 있는 경우;
5. 고객이 노인 학대 혐의가 있는 경우
6. 고객이 의료 응급 상황에 처해 있으며 허락을받지 못하는 경우;
7. 고객 정보가 서비스 질과 관련된 검토에 사용될 때;
8. 기록 보관, 회계 또는 기타 전문 서비스에 대한 자격있는 서비스 조직 (QSO)과의 계약에 의거 또는
9. 인가 및 면허 소지 기관에 의한 검토에 사용될 경우.

42 CFR 제 2 부에 의거 한 프로그램에 의한 연방법 및 규정의 위반은 범죄이며 의심되는 위반 사항은 캘리포니아 주 북부 지방 법원 (450 Golden Gate Avenue, San Francisco , CA 94102) 및 캘리포니아 주 보건 서비스 부서 (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 953897413) 를 포함한 해당 기관에 보고될 수 있습니다.

제공자가 관련 법률이나 규정 (예 : 42 CFR part 2)에 위의 설명이나 다른 방법으로 허용되지 않는 방식으로 귀하의 건강에 관한 정보를 사용하거나 공개 할 수 있으려면 먼저 귀하의 구체적인 서면 동의를 얻어야 공개할 수 있습니다. 그러한 서면 동의는 구두로 또는 서면으로 취소 될 수 있습니다.

제공자 의무: 제공자는 건강 및 SUD 정보의 기밀을 유지하고 건강 정보와 관련하여 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행에 대한 통지를 법으로 요구합니다. 제공자는 법에 따라 이 고지의 조건을 준수하고 유지하는 모든 보호받는 건강 정보에 대해 새로운 고지 조항을 효과적으로 적용해야 합니다. 개정 및 업데이트 공지는 치료 세션 동안 개인에게 제공되며 로비의 공고 게시판에 게시됩니다.

이의 제기 및 위반 사항 보고: 기밀 유지 문제를 포함하여 서비스와 관련된 모든 문제에 만족하지 않거나 문제에 관해 귀하의 제공 업체와 이야기하는 것이 불편한 경우 소비자 보호국 (**Consumer Assistance**) 1 (800) 779-0787 로 연락하십시오. 자세한 내용은 이 자료의 4-5 페이지에 있는 수혜자 문제 해결 절차를 참조하십시오.

알라미다 카운티 행동 건강 서비스

수취인 이름:		프로그램의 이름:
월일	진료 날짜:	
INSYST #:		
		적용시 RU #:

정보자료- 귀하의 권리와 의무 수령 확인

서비스에 대한 동의

본 자료의 1 페이지에 설명된 바와 같이, 귀하의 서명은 본 제공자로부터 자발적 행동 건강 서비스를 받기 위한 귀하의 동의를 제공합니다. 귀하가 수혜자의 법정 대리인인 경우 귀하의 서명은 동의합니다.

정보자료

귀하의 서명은 아래에 표시된 자료가 귀하가 이해할 수 있는 언어로 논의 되었으며 또는 귀하의 기록을 위한 정보자료 패키지를 받았음을 의미하며, 귀하의 안내서 및 제공자 목록 제공 방법에 동의함을 의미합니다. 귀하는 언제든지 자료의 설명 및/또는 사본을 다시 요청할 수 있습니다.

최초 통보 아래 상자에 표기하여 어떤 자료가 귀하와 (등록시 또는 다른 시간에) 논의 되었는지 보여주십시오.

☐ 서비스에 대한 동의

☐ 선택의 자유

☐ 기밀 유지 및 개인정보 보호

☐ 환영하는 안전한 장소 유지 (주정부가 요구하는 안내자료가 아님)

☐ "Medi-Cal 정신건강 서비스 안내서" 또는 "Medi-Cal 서비스 약물 안내"

배달 방법: ☐ 웹 액세스 ☐ 전자 메일 ☐ 전자 사본 ☐ 용지 사본

☐ 알라미다 카운티 행동 건강 플랜의 제공자 명부

배달 방법: ☐ 웹 액세스 ☐ 전자 메일 ☐ 전자 사본 ☐ 용지 사본

☐ 수혜자 문제 해결 정보

☐ 사전 지시 정보 (18 세 이상 및 고객이 18 세가 될 때)

사전 지시 정보 (Advance Directive) 를 작성했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

☐ 그렇다면 사본을 우리 기록으로 보관해도 됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오

☐ 그렇지 않다면 귀하가 작성하도록 우리가 도와드릴 수 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

☐ 개인 정보 보호 관행 통지 - HIPAA & HITECH

☐ 정보 통지 42 CFR 2 부: 약물 및 알코올 환자 정보 공개 (물질 사용 치료 서비스만 받는 고객)

수혜자 서명 (해당시 법정 대리인)	날짜:
의료인 직원 증인 이니셜	날짜:
해당시 안내서 및 제공자 목록을 보낼 이메일 주소	

연례 통보 귀하의 서비스 제공자는 위에 열거된 자료가 귀하의 검토를 위해 사용 가능하다고 매년 상기시켜 주어야 합니다. 이것이 행해 질 때를 표시하기 위해 귀하의 이니셜과 날짜를 아래 상자에 기입하십시오.

이니셜과 날짜:	이니셜과 날짜:	이니셜과 날짜:	이니셜과 날짜:
----------	----------	----------	----------

수혜자의 이니셜 및 날짜 (또는 법정 대리인) 는 매년 1 상자 (위 참조) 를 사용하십시오.

제공자지시사항

- ❖ 초기 통보 본 자료의 각 관련 항목에 대해 선호하는 언어 또는 의사소통 방법으로 수혜자(또는 법정 대리인)와 상의하십시오. 이전 페이지 상단의 식별 정보 상자를 완성하십시오. 해당 확인란을 선택하여 논의 제공되는 항목을 표시하십시오. 수혜자에게 적절한 상자에 서명하고 날짜를 물어보십시오. 해당 상자에 직원의 이나설 및 날짜를 입력하십시오. 나머지 정보 자료 패키지를 수혜자에게 제공하여 기록을 남기십시오. 차트에 이서명 페이지를 제출하십시오.
- ❖ 연간 알림 수혜자에게 검토를 위한 모든 자료의 가용성을 상기시키고 요청할 경우 모든 자료를 검토하십시오. 제공된 상자에 날짜가 적힌 이나설을 준비하십시오.
- ❖ 본 자료는 모든 임계 언어로 제공되며 패키지 및 자세한 지침은 www.acbhcs.org/providers 의 질문과 답변(QA) 탭에서 볼 수 있습니다.