



회원 핸드북

전문 정신 건강 서비스 및 약물 **Medi-Cal**
체계적 제공 시스템

알라미다 카운티 행동 건강 부서
행정 사무소

2000 Embarcadero Cove
Oakland, CA 94606



알라미다 카운티 행동 건강 부서 액세스(ACCESS)

프로그램 및 헬프라인은

연중무휴 24 시간 이용할 수 있습니다.

액세스 프로그램: 1-800-491-9099

헬프라인: 1-844-682-7215 (TTY:711)

발효일: 2025년 1월 1일¹

¹ 본 핸드북은 회원이 서비스를 처음 이용할 때 제공되어야 합니다.

LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language, contact your service provider or call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available by contacting your service provider or calling ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يرجى الإنتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، قم بالاتصال بمزود الخدمة الخاص بك أو اتصل بـ ACBHD ACCESS على الرقم 1-800-491-9099 (TTY: 711). تتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بخط برايل والمطبوعة بحروف كبيرة، وذلك عن طريق الاتصال بمزود الخدمة الخاص بك أو الاتصال بـ ACBHD ACCESS على الرقم 1-800-491-9099 (TTY: 711). كل هذه الخدمات هي خدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն Ձեր լեզվով, զանգահարեք ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711): Հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ և ռեսուրսներ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ նյութեր Բրայլի գրատիպով կամ խոշորատառ տպագրությամբ: Զանգահարեք ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711): Այս ծառայությունները տրամադրվում են անվճար:

ឃាសម្ភាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅ ACBHD ACCESS តាមលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរស្នាប និងឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏អាចរកបានផងដែរដោយទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅ ACBHD ACCESS តាមលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

注意：如果您需要使用本民族语言获得帮助，请联系您的服务提供商或拨打 ACBHD ACCESS 电话 1-800-491-9099 (TTY : 711)。通过与您的服务提供商联系或拨打 ACBHD ACCESS 电话 1-800-491-9099 (TTY : 711)，还可获得为残疾人提供的辅助工具和服务，如盲文和大字印刷文件。这些服务均免费。

繁体中文標語 (Cantonese)

注意：若需要以您的語言獲得協助，請連絡您的服務供應商或致電 ACBHD ACCESS，電話號碼為 1-800-491-9099 (TTY : 711)。透過連絡您的服務供應商或致電 ACBHD ACCESS : 1-800-491-9099 (TTY : 711)，亦可獲得為殘障人士提供的輔助工具及服務，例如盲文和大字體印刷文件。這些服務均免費提供。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر نیازمند کمک به زبان خود هستید، با فراهم کننده خدمات خود یا شماره 1-800-491-9099 (TTY: 711) ACBHD ACCESS تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ نیز از طریق تماس با فراهم کننده خدمات خود یا شماره 1-800-491-9099 (TTY: 711) ACBHD ACCESS موجود است. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। अगर आपको दृष्टि बाधित लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल लिपि में और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ चाहिए तो अपने सेवा प्रदाता से संपर्क करें या ACBHD ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais ua koj hom lus, tiv tauj rau koj tus kws muab kev pab cuam los sis hu rau ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su rau neeg dig muag thiab luam tawm ua tus ntawv loj los ntawm kev tiv tauj rau koj tus kws muab kev pab cuam los sis hu rau ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-491-9099 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-491-9099 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
귀하의 서비스 제공자에게 문의하거나 ACBHD
ACCESS에 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로
문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이
장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 귀하의
서비스 제공자에게 연락하거나 ACBHD ACCESS에
1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 연락하여 이용할 수
있습니다. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນ
ພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທ
ຫາ ACBHD ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ໂຕພິມໃຫຍ່ໂດຍ
ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ ໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາ
ACBHD ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099] (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong-bunx aengx caux ninh mbuo wuaaic mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aamz caux benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 (TTY: 711). Naaiv nzie weih jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਤੁਹਾਡੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ACBHD ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, обратитесь к поставщику услуг или позвоните в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (TTY: 711). Помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом, также можно получить, обратившись к поставщику услуг или позвонив в ACBHD ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, comuníquese con su proveedor de servicios o llame a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Las ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande, también están disponibles comunicándose con su proveedor de servicios o llamando a ACBHD ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, makipag-ugnayan sa iyong tagapagbigay ng serbisyo o tumawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Makukuha rin ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa iyong tagpagbigay ng serbisyo o pagtawag sa ACBHD ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อผู้ให้บริการของคุณหรือติดต่อ ACBHD ACCESS ที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) นอกจากนี้ยัง พร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการด้วย เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ โดยติดต่อผู้ให้บริการของคุณหรือติดต่อ ACBHD ACCESS ที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зверніться до постачальника послуг або зателефонуйте до ACBHD ACCESS за номером 1-800-491-9099 (TTY: 711). Допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом, також можна отримати, звернувшись до свого постачальника послуг або зателефонувавши до ACBHD ACCESS за номером 1-800-491-9099 (TTY: 711). Ці послуги є безкоштовними.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc gọi cho ACBHD ACCESS theo số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Khi liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc gọi cho ACBHD ACCESS theo số 1-800-491-9099 (TTY: 711), quý vị cũng sẽ được hỗ trợ và nhận dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ in khổ lớn. Các dịch vụ này đều miễn phí.

목차

기타 언어 및 형식	13
알라미다 카운티 행동 건강 부서(ACBHD) 연락처 정보	15
본 핸드북의 목적	18
행동 건강 서비스 정보	20
행동 건강 서비스 이용	26
서비스 제공자 선택	40
스마트 기기를 사용하여 행동 건강 기록 및 서비스 제공자 디렉토리 정보를 열람할 수 있는 권리	45
서비스 범주	46
전화 또는 원격 의료로 이용 가능한 서비스	77
문제 해결 프로세스: 고충 처리 신청, 이의 신청, 또는 주 공청회 요청	78
사전 의료 지시서	99

권리 및 책임	101
개인정보 취급방침 고지	120
해당 카운티의 추가 정보.....	133
차별 금지 고지	135

기타 언어 및 형식

기타 언어

귀하가 사용하는 언어로 도움이 필요한 경우, 1-800-491-9099(TTY: 711)로 연락하시기 바랍니다. 장애인을 위한 점자나 큰 활자 인쇄물 등 보조 도구와 서비스도 제공됩니다. 1-800-491-9099(TTY: 711)로 연락하시기 바랍니다. 이 서비스는 무료입니다.

기타 형식

이 정보는 점자, 20포인트 큰 활자 인쇄물, 오디오, 이용 가능한 전자적 형식 등 다른 형식으로도 얻을 수 있으며 무료로 제공됩니다. 이 핸드북 표지에 기재된 카운티 전화번호(TTY: 711)로 연락하시기 바랍니다. 이 전화는 무료로 이용할 수 있습니다.

통역사 서비스

카운티에서는 자격을 갖춘 통역사가 제공하는 구두 통역 서비스를 24시간 무료로 제공합니다. 가족 구성원이나 친구에게 통역을 위해 도움을 요청하지 않아도 됩니다. 긴급한 상황이 아닌 한 미성년자에게 통역을 요청하지 않도록 합니다. 통역, 언어, 문화적 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 서비스는

연중무휴 24시간 제공됩니다. 언어 관련 도움이 필요하거나 이 핸드북을 다른 언어 버전으로 받으려면 이 핸드북 표지에 나와 있는 카운티 전화번호(TTY: 711)로 연락하시기 바랍니다. 이 전화는 무료로 이용할 수 있습니다.

알라미다 카운티 행동 건강 부서(ACBHD) 연락처 정보

저희가 도와드리겠습니다. 다음 카운티 연락처 정보를 통해 필요한 서비스를 얻기 위한 도움을 받을 수 있습니다.

중요 전화번호	
비상 상황	911
약물 사용 장애 서비스를 위한 ACBHD 헬프라인	(844) 682-7215
정신 건강 서비스를 위한 ACBHD 액세스 프로그램	(510) 346-1000 또는 (800) 491-9099
TTY	711
위기/ 자살 방지 핫라인	988
소비자 지원 라인	(800) 779-0787
환자 권리 옹호관	(510) 835-2505

건강 정보 디지털 열람	https://www.acbhcs.org/plan-administration/health-records-request-digital-copy/
건강 기록 사본 요청	https://www.acbhcs.org/plan-administration/health-records-request/
ACBHD 공공 웹사이트	https://www.acbhcs.org/

자살 충동을 느끼면 누구에게 연락해야 하나요?

귀하 또는 귀하가 알고 있는 누군가가 위기에 처해 있다면, 자살 및 위기 라이프라인(**988**) 또는 국가 자살 예방 라이프라인(**1-800-273-TALK(8255)**)으로 전화하십시오. 채팅은 <https://988lifeline.org/>에서 이용할 수 있습니다.

귀하의 거주 지역 프로그램을 이용하려면 위에 나열된 연중무휴 24 시간 액세스 라인에 문의하십시오.

이 핸드북의 용어:

ACBHD	알라미다 카운티 행동 건강 부서
BHP	행동 건강 플랜 - 카운티 프로그램 및 클리닉, 계약을 맺은 커뮤니티 기반 조직, 병원, 다각적 서비스 제공자 네트워크 내에서 수행되는 전문 정신 건강 및 약물 사용 장애에 대한 ACBHD 의 통합 서비스.
DMC-ODS	약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템
SMHS	전문 정신 건강 서비스
SUD	약물 사용 장애

본 핸드북의 목적

이 핸드북을 읽는 것이 중요한 이유는 무엇일까요?

귀하의 카운티에는 “전문 정신 건강 서비스”로 알려진 정신 건강 서비스를 제공하는 정신 건강 플랜이 있습니다. 또한 귀하의 카운티에는 “약물 사용 장애 서비스”로 알려진 알코올 또는 약물 사용에 대한 서비스를 제공하는 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템이 있습니다. 이러한 서비스들은 함께 “행동 건강 서비스”로 알려져 있으며 필요한 치료를 받기 위해서는 이러한 서비스에 대한 정보를 알고 있어야 합니다. 이 핸드북은 귀하가 혜택과 치료를 받을 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 또한 귀하의 궁금한 점에 대한 답들도 찾을 수 있습니다.

정보 내용:

- 귀하의 카운티를 통해 행동 건강 서비스를 받는 방법.
- 귀하가 이용할 수 있는 혜택.
- 궁금한 점이나 문제가 있는 경우 취할 행동.
- 카운티 회원으로서 귀하의 권리와 책임.

- 귀하의 카운티에 대한 추가 정보가 있을 경우, 이 핸드북의 마지막 부분에 명시되어 있습니다.

지금 바로 이 핸드북을 읽지 않더라도, 나중에 읽을 수 있도록 보관해 두시기 바랍니다. 이 핸드북을 귀하가 Medi-Cal 혜택에 가입했을 때 얻은 책자와 함께 이용하시기 바랍니다. Medi-Cal 혜택에 대해 궁금한 점이 있는 경우, 이 책자의 앞면에 나와 있는 전화번호를 사용하여 카운티에 연락하시기 바랍니다.

Medi-Cal 에 대한 자세한 정보는 어디에서 확인할 수 있나요?

Medi-Cal 에 대한 자세한 내용은 보건부 웹사이트 <https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx> 를 참조하십시오.

행동 건강 서비스 정보

나 자신이나 내가 알고 있는 사람에게 도움이
필요한지 어떻게 알 수 있을까요?

많은 사람들이 인생에서 힘든 시간을 겪을 때 정신 건강적 도움이나 약물을 사용해야 할 상태가 될 수 있습니다. 기억해야 할 가장 중요한 사실은 도움을 받을 수 있다는 것입니다. 귀하나 귀하의 가족 구성원이 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 되고 행동 건강 서비스가 필요한 경우, 이 핸드북의 표지에 나와 있는 연중무휴 24 시간 액세스 라인으로 전화하시기 바랍니다. 귀하의 관리형 의료 플랜은 귀하나 귀하의 가족 구성원에게 관리형 의료 플랜에서 다루지 않는 행동 건강 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 귀하가 카운티에 연락하도록 도와드릴 수도 있습니다. 귀하의 카운티가 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 서비스 제공자를 찾도록 도움을 드릴 것입니다.

아래 목록은 귀하나 귀하의 가족 구성원에게 도움이 필요한지 여부를 결정하도록 도움을 드리기 위한 것입니다. 현재 하나 이상의 징후가 있거나 오랫동안 그러한 징후가 있어 왔다면 전문적인 도움이 필요한 심각한 문제의 징후일 수 있습니다. 정신 건강적 또는

약물을 사용하는 도움이 필요할 수있는 몇 가지 일반적인 징후는 다음과 같습니다.

생각과 감정

- 별 이유 없이 다음과 같은 강한 기분 변화가 나타남:
 - 심한 걱정, 불안 또는 두려움
 - 심한 슬픔이나 기분 저하
 - 심하게 들뜬 기분
 - 너무 오랫동안 변덕스럽거나 화가 남
- 자살에 대한 상념
- 알코올 또는 약물 섭취에만 집중
- 설명할 수 없는 집중력, 기억 또는 논리적 사고나 말하기의 문제
- 설명할 수 없거나 대부분의 사람들이 존재하지 않는다고 하는 것을 듣거나, 보거나, 감지하는 문제

신체적

- 명백한 원인이 없는 다음과 같은 많은 신체적인 문제:

- 두통
- 복통
- 너무 많이 자거나 너무 적게 잠을 잠
- 너무 많이 먹거나 너무 적게 먹음
- 분명하게 말할 수 없음
- 다음과 같은 외모의 변화나 지나친 우려:
 - 갑작스러운 체중 감소 또는 증가
 - 붉게 충혈된 눈과 비정상적으로 큰 동공
 - 호흡, 몸 또는 옷에서 나는 이상한 냄새

행동적

- 정신 건강의 변화 또는 알코올이나 약물 사용으로 인한 행동으로 일어난 다음과 같은 결과:
 - 직장이나 학교에서 일어나는 문제
 - 다른 사람, 가족 또는 친구와의 관계 문제
 - 약속을 잊어버림
 - 일상적인 활동을 수행할 수 없음

- 친구, 가족 또는 사교 활동을 피함
- 비밀리에 행동 또는 돈에 대한 은밀한 필요
- 정신 건강의 변화 또는 알코올이나 약물 사용으로 인해 발생한 법적 문제

21 세 미만 회원

어린이나 청소년에게 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있나요?

아동이거나 청소년인 귀하의 자녀가 행동 건강 상태의 징후를 보이고 있다고 생각되는 경우 카운티 또는 관리형 의료 플랜에 연락하여 아동이거나 청소년인 자녀를 대상으로 선별 및 평가를 받을 수 있습니다. 아동이거나 십대 청소년인 자녀가 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있고 선별 또는 평가 단계에서 행동 건강 서비스가 필요하다고 판단되면 카운티는 아동이거나 십대 청소년인 귀하의 자녀가 행동 건강 서비스를 받을 수 있도록 준비합니다. 귀하의 관리형 의료 플랜은 귀하나 아동이거나 십대 청소년인 귀하의 자녀에게 관리형 의료 플랜에서 다루지 않는 행동 건강 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 귀하가 카운티에 연락하도록 도움을 드릴 수도 있습니다.

또한 부모 역할에 스트레스를 느끼고 있는 부모들을 위한 서비스도 있습니다.

12 세 이상의 미성년자의 경우, 평가에 참여한 전문가가 해당 미성년자에 대해 행동 건강 서비스 또는 주거 보호소 서비스에 참여할 수 있을 만큼 성숙하다고 판단하는 경우, 외래 정신 건강 서비스 또는 주거 보호소 서비스를 받기 위해 부모의 동의가 필요하지 않을 수 있습니다. 12 세 이상의 미성년자인 경우, 약물 사용 장애 관련 문제를 치료하기 위한 의료 서비스와 상담을 받기 위해 부모의 동의가 필요하지 않을 수 있습니다. 평가에 참여한 전문가가 해당 미성년자를 상담한 후 부모나 보호자가 참여하는 것이 부적절하다고 판단하지 않는 한, 부모나 보호자도 참여해야 합니다.

아래 목록은 아동이거나 십대 청소년인 귀하의 자녀에게 도움이 필요한지 여부를 결정하도록 도움을 드리기 위한 것입니다. 현재 하나 이상의 징후가 있거나 오랫동안 그러한 징후가 지속되어 왔다면 아동이거나 십대 청소년인 귀하의 자녀에게 전문적인 도움이 필요한 심각한 문제의 징후일 수 있습니다.

다음은 주의해야 할 몇 가지 징후입니다.

- 주의를 기울이거나 가만히 있는 것에 문제가 있어 신체적 위험에 빠지거나 학교에서 문제를 일으킴
- 일상 활동에 방해가 되는 심한 걱정이나 두려움
- 이유없이 갑작스럽게 심한 공포, 때로는 심장이 빨리 뛰어나 호흡이 빨라짐
- 너무 슬퍼하거나 2 주 이상 다른 사람과 떨어져 있어 일상 활동에 문제 발생
- 심한 기분 변화로 관계에 문제 발생
- 행동의 큰 변화
- 음식을 먹지 않거나, 토하거나, 약물을 사용하여 체중이 감소함
- 알코올 또는 약물의 반복적인 사용
- 자신이나 타인을 해칠 수 있는 심하고 통제할 수 없는 행동
- 스스로를 해치거나 자살에 대한 진지한 계획이나 시도
- 반복되는 싸움, 무기 사용 또는 다른 사람을 해치려는 진지한 계획

행동 건강 서비스 이용

행동 건강 서비스를 어떻게 받을 수 있나요?

정신 건강 서비스 및/또는 약물 사용 장애 서비스와 같은 행동 건강 서비스가 필요하다고 생각되면, 이 핸드북의 표지에 나와 있는 전화번호로 카운티에 연락하시기 바랍니다. 카운티에 연락하면 선별 검사를 받고 평가를 위해 일정을 예약하게 됩니다.

회원인 경우 관리형 의료 플랜을 통해 행동 건강 서비스를 요청할 수도 있습니다. 관리형 의료 플랜이 귀하가 행동 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족한다고 결정하는 경우, 관리형 의료 플랜은 카운티를 통해 귀하가 행동 건강 서비스를 받기 위한 평가를 받도록 도움을 드립니다. 궁극적으로 행동 건강 서비스를 받을 수 있는 문은 어디든 열려 있습니다. 귀하의 카운티를 통해 행동 건강 서비스를 받는 방법 외에 관리형 의료 플랜을 통해 행동 건강 서비스를 받을 수도 있습니다. 귀하의 서비스 제공자가 건강 서비스가 임상적으로 귀하에게 적합하다고 판단한 경우, 해당 서비스가 조정되거나 중복되지 않는 한 귀하의 행동 건강 제공자를 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

뿐만 아니라 다음 사항을 유의하시기 바랍니다.

- 일반의/의사, 학교, 가족, 보호자, 귀하의 관리형 의료 플랜 또는 기타 카운티 기관 등, 다른 사람이나 조직이 행동 건강 서비스를 위해 귀하를 카운티에 의뢰할 수 있습니다. 일반적으로, 응급 상황이 발생하지 않는 한, 귀하의 의사나 관리형 의료 플랜은 카운티에 직접 귀하를 의뢰하기 위해 귀하의 동의나 부모 또는 아동 보호자의 허락을 받아야 합니다.
- 귀하의 카운티는 귀하가 행동 건강 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는지 여부를 결정하기 위한 초기 평가에 대한 요청을 거부하지 않습니다.
- 행동 건강 서비스는 카운티 또는 카운티와 계약을 맺은 다른 서비스 제공자(예 : 클리닉, 치료 센터, 커뮤니티 기반 조직 또는 개별 서비스 제공자)를 통해 제공됩니다.

행동 건강 서비스를 어디에서 받을 수 있나요?

귀하가 거주하고 있는 카운티나 필요한 경우 카운티 외부에서 행동 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 각 카운티는 아동, 청소년, 성인 및 노인을 위한 행동 건강 서비스를 제공합니다. 21 세 미만인 경우, 조기 및 정기

선별 검사, 진단 및 치료 결과에 따라 추가적인 보상과 혜택을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 핸드북의 “조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료” 섹션을 참조하십시오.

귀하의 카운티가 귀하에게 필요한 치료를 제공할 수 있는 서비스 제공자를 찾으도록 도움을 드릴 것입니다. 카운티는 귀하의 거주지에서 가장 가까운 장소, 이동 시간과 거리가 적절한 위치에서 귀하의 필요를 충족시킬 수 있는 서비스 제공자에게 귀하를 의뢰해야 합니다.

행동 건강 서비스를 언제 받을 수 있나요?

귀하의 카운티는 귀하를 위해 서비스를 예약할 때 예약 일정 기준을 충족해야 합니다. 정신 건강 서비스의 경우, 카운티는 다음과 같은 조건을 충족하여 일정을 예약해야 합니다.

- 정신 건강 플랜의 서비스를 시작하기 위해 긴급하지 않은 요청을 한 경우, 10일 영업일 이내,
- 긴급한 상황에 대한 서비스를 요청한 경우, 48시간 이내,

- 정신과 전문의와의 예약 일정을 위해 긴급하지 않은 요청을 한 경우, 15일 영업일 이내,
- 진행 중인 상태에 대한 긴급하지 않은 후속 조치를 위한 일정 예약의 경우, 이전 일정으로부터 10일 영업일 이내.

약물 사용 장애 서비스의 경우, 카운티는 다음과 같은 조건을 충족하여 일정을 예약해야 합니다.

- 외래나 집중적 외래 서비스를 위해 약물 사용 장애 서비스 제공자와 서비스를 시작하려고 긴급하지 않은 요청을 한 경우, 10 일 영업일 이내,
- 마약 치료 프로그램 서비스 요청을 한 경우, 3 일 영업일 이내,
- 귀하의 치료 서비스 제공자가 확인한 특정 사례를 제외하고, 지속적인 약물 사용 장애에 대한 치료 과정이 진행 중인 상황에서 긴급하지 않은 후속 예약의 경우, 10 일 이내.

그러나 서비스 제공자가 대기 시간이 길어지는 것이 의학적으로 적절하고 귀하의 건강에 해롭지 않다고 결정한 경우 더 나중 일자로 예약 일정이 잡힐 수 있습니다. 귀하가 대기자 명단에 올라 있다고 전달을

받았고 그 대기 시간이 귀하의 건강에 해롭다고 생각하는 경우, 이 핸드북 표지에 나와 있는 전화번호로 카운티에 연락하시기 바랍니다. 적시에 치료를 받지 못한 경우 민원을 제기할 권리가 있습니다. 민원 제기에 대한 자세한 내용은 이 핸드북의 “고충 처리” 섹션을 참조하십시오.

응급 서비스란 무엇입니까?

응급 서비스는 정신과적 응급 의학적 상태 등 예상치 못한 의학적 상태를 경험하는 회원을 위한 서비스입니다. 응급 의학적 상태에는 일반인이 합리적으로 다음과 같은 일이 발생할 것으로 예상할 수 있는 극심한 증상(심한 통증 포함)이 포함됩니다.

- 개인의 건강(또는 태아의 건강)이 심각한 문제를 겪을 수 있음
- 신체가 작동하는 방식에 심각한 해를 유발
- 신체 기관 또는 부위에 심각한 손상을 유발

정신과적 응급 의학적 상태란 일반인이 어떤 사람을 보고 다음과 같은 상태라고 생각하는 경우입니다.

- 현재 정신 건강에 문제가 있는 상태 또는 그렇다고 의심이 되는 상태로 인해 자신이나 다른 사람에게 위험을 가할 가능성이 있습니다.
- 정신 건강에 문제가 있는 상태 또는 그렇다고 의심이 되는 상태로 인해 즉시 음식을 마련하거나 섭취, 의류 또는 보호소의 이용이 불가능합니다.

응급 서비스는 Medi-Cal 회원의 경우 연중무휴 24 시간 내내 제공됩니다. 응급 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않습니다. Medi-Cal 프로그램은 신체 건강 또는 정신 건강 문제(자신이나 다른 사람들과 관련하여 고통 및/또는 기능적 장애의 원인이 되는 생각, 감정, 행동)로 인한 응급 상황에 적용됩니다. Medi-Cal에 등록한 경우, 나중에 응급 상황이 아닌 것으로 판명되더라도 응급실 비용을 지불하라는 청구서가 발송되지 않습니다. 귀하에게 응급 상황이 발생했다고 생각되면 **911**에 전화하거나 병원이나 기타 시설에 도움을 요청하십시오.

내가 어떤 서비스를 받을지 누가 결정하나요?

귀하, 귀하의 서비스 제공자, 카운티 모두는 귀하가 받아야 할 서비스를 결정하는 데 관여합니다. 행동

건강 전문가가 귀하와 상담하고 어떤 종류의 서비스가 필요한지 결정하도록 도움을 드립니다.

도움을 요청하기 위해 귀하에게 행동 건강 진단이나 특정 행동 건강 문제가 있는지 알지 못해도 됩니다. 서비스 제공자가 귀하에 대한 평가를 완료하는 동안 일부 서비스를 받을 수 있습니다.

귀하가 21 세 미만인 경우 외상, 아동 복지 제도 참여 중, 청소년 사법 절차 관련, 또는 노숙 등으로 인해 행동 건강 문제가 있는 경우 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 또한 귀하가 21 세 미만인 경우, 카운티는 행동 건강 문제를 돕기 위해 의학적으로 필요한 서비스를 제공해야 합니다. 행동 건강 문제의 악화를 막고, 지원, 개선 또는 견딜 수 있도록 하는 서비스는 의학적 필요에 의한 것으로 간주됩니다.

일부 서비스는 카운티의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스에는 집중 가정 기반 서비스, 주간 집중 치료, 주간 재활, 치료 행동 서비스, 치료 위탁 보호 및 약물 사용 장애 주거 서비스가 포함됩니다. 카운티에 사전 승인 절차에 대한 자세한 정보를 요청할 수 있습니다. 이 핸드북

표지에 나와 있는 전화번호로 해당 카운티에 연락하여 추가 정보를 요청하십시오.

카운티의 승인 절차는 정해진 일정을 따라야 합니다.

- 약물 사용 장애 기준 승인을 위해, 해당 카운티는 14일 이내에 귀하의 서비스 제공자의 요청에 대한 결정을 내려야 합니다.
 - 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 요청한 경우, 또는 카운티가 귀하의 제공자로부터 더 많은 정보를 얻는 것이 귀하에게 이익이 된다고 판단하는 경우, 일정은 최대 14일 동안 연장될 수 있습니다. 일정을 연장하는 것이 귀하에게 이익이 되는 경우의 예는, 카운티가 서비스 제공자로부터 추가 정보를 받는다면 귀하의 서비스 제공자의 승인 요청을 허락할 수 있다고 생각되지만 정보가 없다면 요청을 거부해야 하는 경우를 들 수 있습니다. 카운티가 일정을 연장하는 경우 카운티는 일정 연장에 대한 서면 통지를 보냅니다.
- 사전 정신 건강 승인 기준의 경우, 카운티는 귀하의 서비스 제공자의 요청에 따라 귀하의 상태를 고려하여 최대한 신속하게 결정을 내려야

하며 카운티가 요청을 받은 날로부터 5일
영업일을 초과해서는 안 됩니다.

- 예를 들어, 기준 일정표를 준수하면 귀하의
생명, 건강 또는 최대 기능을 발휘, 유지 또는
회복할 수 있는 능력에 심각한 위험을 초래할
수 있는 경우, 카운티는 서비스 요청을 받은 후
72시간 이내에 귀하의 건강 상태와 관련된
일정표에 근거하여 승인 결정을 서두르고
통지해야 합니다. 귀하 또는 귀하의 서비스
제공자가 일정 연장을 요청하거나 카운티가
일정 연장이 귀하에게 최선의 이익이 되는
이유를 정당하게 제시하는 경우, 카운티는
요청을 받은 후 역일 최대 14일 동안 시간을
추가로 연장할 수 있습니다.

두 경우 모두, 카운티에서 서비스 제공자의 승인 요청
일정을 연장하는 경우라면, 카운티는 연장에 대한
서면 통지를 보냅니다. 카운티가 제시된 일정 내에
결정을 내리지 않거나 요청된 서비스를 거부, 지연,
축소 또는 종료하는 경우, 카운티는 귀하에게
서비스가 거부, 지연, 축소 또는 종료되었음을
알려주는 불리한 혜택 결정 통지서를 보내야 하며,

이에 대해 이의를 제기할 수 있음과 이의 제기 방법에 대한 정보를 제공해야 합니다.

카운티에 승인 절차에 대한 자세한 정보를 요청할 수 있습니다.

귀하가 승인 절차에 대한 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우, 민원을 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 이 핸드북의 “문제 해결” 섹션을 참조하십시오.

의학적 필요성은 무엇인가요?

귀하가 받는 서비스는 의학적으로 필요하며 귀하의 상태를 해결하기 위해 임상적으로 적절해야 합니다.

21 세 이상의 회원의 생명을 보호하고 중대한 질병이나 장애를 예방하거나 심한 통증을 개선하기 위해 합리적이고 필요한 경우, 의학적 서비스가 필요합니다.

21 세 미만의 회원의 경우, 행동 건강 문제를 교정하고, 악화를 막고, 지원하거나, 개선 또는 더 견딜만하도록 하는 경우 서비스가 의학적으로 필요하다고 간주됩니다. 행동 건강 문제의 악화를 막고, 지원하거나, 개선 또는 더 견딜만하도록 하는 서비스는 의학적으로 필요한 것으로 간주되며 조기 및 주기적 선별 검사, 진단 및 치료 서비스에 적용됩니다.

카운티에서 다루지 않는 다른 정신 건강 서비스를 어떻게 받을 수 있나요?

귀하가 관리형 의료 플랜에 등록된 상태라면, 관리형 의료 플랜을 통해 다음과 같은 외래 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 개인, 그룹 및 가족 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료.
- 정신 건강 상태를 평가하기 위해 임상적인 지시가 있는 경우, 심리 및 신경 심리 검사.
- 처방약 모니터링을 위한 외래 환자 서비스
- 정신과 상담.

위의 서비스 중 하나를 받으려면 관리형 의료 플랜에 직접 문의하십시오. 관리형 의료 플랜에 등록한 상태인 경우, Medi-Cal 을 수락한 개별 제공자 또는 클리닉에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 카운티가 서비스 제공자 또는 클리닉을 찾는 데 도움을 드립니다.

Medi-Cal 을 수락한 모든 약국은 정신 건강 문제를 치료하기 위한 처방전을 제공할 수 있습니다.

Medi-Cal Rx 라고 불리는 약국에서 조제하는 대부분의

처방약은 관리형 의료 플랜이 아닌 행위별 수가제 Medi-Cal 프로그램에 포함됩니다.

관리형 의료 플랜 또는 Medi-Cal “행위별 수가제” 프로그램을 통해 이용할 수 있는 다른 약물 사용 장애 서비스는 무엇인가요?

관리형 의료 플랜은 1 차 진료 환경과 담배, 알코올 및 불법 약물 선별 검사에서 다루는 약물 사용 장애 서비스를 제공해야 합니다. 또한 임신한 회원을 위한 약물 사용 장애 서비스와 11 세 이상 회원을 위한 알코올 및 약물 사용 선별 검사, 평가, 간단한 개입, 적절한 치료 환경으로의 의뢰도 보장해야 합니다. 관리형 의료 플랜은 1 차 진료, 입원 병원, 응급실 및 기타 계약을 맺은 의료 환경에서 제공되는 중독 치료를 위한 약물 치료(약물 보조 치료라고도 함)에 대한 서비스를 제공하거나 주선해야 합니다. 관리형 의료 플랜은 또한 자발적 입원 환자 해독 치료 등 회원을 안정시키는 데 필요한 응급 서비스를 제공해야 합니다.

다른 Medi-Cal 서비스(1 차 진료/Medi-Cal)를 받으려면 어떻게 해야 하나요?

귀하가 관리형 의료 플랜에 가입한 회원인 경우, 카운티는 귀하를 위해 서비스 제공자를 찾아주어야 합니다. 관리형 의료 플랜에 가입되어 있지 않고 “일반” Medi-Cal(행위별 수가제 Medi-Cal 이라고도 함)에 가입되어 있는 경우 Medi-Cal 을 수용한 모든 서비스 제공자에게 진료를 받을 수 있습니다.

서비스를 받기 전에 서비스 제공자에게 Medi-Cal 가입 사실을 알려야 합니다. 그렇지 않으면 해당 서비스에 대한 요금이 청구될 수 있습니다. 가족 계획 서비스를 위해 관리형 의료 플랜 이외의 서비스 제공자의 서비스를 이용할 수 있습니다.

왜 정신과 입원 환자 병원 서비스가 필요한가요?

낮은 단계의 치료로는 안전하게 치료받을 수 없는 정신 건강 문제 또는 정신 건강 문제의 징후가 있는 경우 병원에 입원할 수 있으며 이 경우에 해당하는 정신 건강 문제 또는 정신 건강 문제적 증상은 다음과 같습니다.

- 자기 자신, 타인 또는 재산에 대해 위험한 행동을 보임.

- 음식, 옷 또는 보호소 활동 관련하여 자신을 돌볼 수 없음.
- 신체 건강에 심각한 위험을 초래하는 행동을 보임.
- 최근 정신 건강 문제의 결과로 기능할 수 있는 능력이 현저히 저하됨.
- 정신과 평가, 약물 치료 또는 병원에서만 제공할 수 있는 다른 치료가 필요.

서비스 제공자 선택

나에게 필요한 행동 건강 서비스 제공자를 어떻게 찾을 수 있나요?

귀하의 카운티는 현재 서비스 제공자 디렉토리를 온라인에 게시해야 합니다. 서비스 제공자 디렉토리 링크는 이 핸드북의 카운티 연락처 섹션에 나와 있습니다. 이 디렉토리에는 서비스 제공자의 위치, 제공하는 서비스, 해당 서비스 제공자가 제공하는 문화 및 언어 서비스에 대한 정보 등 서비스 이용에 필요한 정보가 포함되어 있습니다.

현재 서비스 제공자에 대해 궁금한 점이 있거나 업데이트된 서비스 제공자 디렉토리를 원하시면, 해당 카운티의 웹사이트를 방문하거나 이 핸드북 표지에 있는 전화번호를 이용하십시오. 서비스 제공자 목록을 요청하면, 서면 또는 우편으로 받아볼 수 있습니다.

참고: 카운티는 서비스 제공자의 선택에 어느 정도 제한을 둘 수 있습니다. 귀하가 행동 건강 서비스 서비스를 처음 받기 시작할 때, 귀하는 맨 처음 선택을 위해 카운티에 최소 두 서비스 제공자를 안내하도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 카운티는 또한 서비스 제공자를 변경할 수 있도록 허용해야 합니다. 귀하가

서비스 제공자 변경을 요청하는 경우, 카운티는 가능한 한 적어도 두 서비스 제공자 중에서 선택할 수 있도록 허용해야 합니다. 귀하의 카운티는 귀하가 적시에 치료를 받을 수 있고, 필요한 경우 보장되는 행동 건강 서비스를 받을 수 있도록 가까운 곳에 충분한 숫자의 서비스 제공자가 있는지 확인해야 합니다.

카운티와 계약을 맺은 서비스 제공자가 더 이상 카운티와 계약을 맺지 않거나 Medi-Cal 을 더 이상 수용하지 때문에 행동 건강 서비스를 더 이상 제공하지 않기로 결정하는 경우가 있습니다. 이 경우 카운티는 해당 서비스 제공자로부터 서비스를 받고 있던 각 개인에게 서면 통지를 제공하기 위해 성실히 노력해야 합니다. 서비스 종료 발효일 30 일 전 또는 카운티에서 해당 서비스 제공자의 업무 중단을 알게 된 후 15 일 이내에 귀하에게 통지해야 합니다. 이 경우, 귀하와 해당 서비스 제공자가 동의할 경우, 귀하의 카운티는 해당 카운티를 떠난 서비스 제공자로부터 귀하가 서비스를 계속 받을 수 있도록 허용해야 합니다. 이를 “치료 연속”이라고 하며 아래에 설명이 있습니다.

참고: Medi-Cal 수혜 자격이 있고 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템을 선택한 카운티에 거주하는 아메리칸 인디언 및 알래스카 원주민 개인은 필요한 약물 Medi-Cal 인증을 보유한 인디언 의료 서비스 제공자를 통해 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템 서비스를 받을 수도 있습니다.

나의 현재 서비스 제공자로부터 전문 정신 건강 서비스를 계속 받을 수 있나요?

귀하가 이미 관리형 의료 플랜에서 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 정신 건강 서비스 제공자 간에 서비스가 조정되어 있고 동일한 서비스가 아니라면, 귀하의 정신 건강 서비스 제공자로부터 정신 건강 서비스를 받으면서 해당 서비스 제공자에게서도 계속 치료를 받을 수 있습니다.

또한 귀하가 이미 다른 정신 건강 플랜, 관리형 의료 플랜 또는 개별 Medi-Cal 서비스 제공자로부터 서비스를 받고 있는 경우, 최대 12 개월 동안 현재 서비스 제공자에게 계속 서비스를 받을 수 있도록 “치료 연속”을 요청할 수 있습니다. 지속적으로 치료를 계속 받기 위해 현재의 서비스 제공자와 함께 있어야 하거나 새로운 서비스 제공자로 변경하는 것이 정신 건강 문제에 심각한 해를 끼칠 수 있는 경우, 치료

연속을 요청할 수 있습니다. 다음과 같은 경우 치료 연속 요청이 허용될 수 있습니다.

- 귀하가 요청하는 서비스 제공자와 지속적인 관계를 유지하고 있으며 지난 12개월 동안 해당 서비스 제공자에게 진료를 받은 적이 있는 경우,
- 회원의 건강에 심각한 손상이 발생하는 것을 방지하거나 입원 또는 시설 입소 위험을 줄이려면 현재 서비스 제공자와 함께 지속적인 치료를 계속해야 하는 경우.
- 서비스 제공자가 자격을 갖추고 있으며 Medi-Cal 요구 사항을 충족하는 경우.
- 서비스 제공자가 정신 건강 플랜과의 계약 및 서비스 비용 지불에 대한 정신 건강 플랜의 요구 사항에 동의하는 경우.
- 서비스 제공자가 귀하의 서비스 필요성에 관한 관련 문서를 카운티와 공유하는 경우.

나의 현재 서비스 제공자로부터 약물 사용 장애 서비스를 계속 받을 수 있나요?

다음과 같은 경우 일정 기간 동안 네트워크 외부의 서비스 제공자를 유지하도록 요청할 수 있습니다.

- 귀하가 요청하는 서비스 제공자와 지속적인 관계를 유지하고 있으며 해당 서비스 제공자를 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템 카운티로 전환한 날짜 이전에 진료한 적이 있는 경우.
- 회원의 건강에 심각한 손상이 발생하는 것을 방지하거나 입원 또는 시설 입소 위험을 줄이려면 현재 서비스 제공자와 함께 지속적인 치료를 계속해야 하는 경우.

스마트 기기를 사용하여 행동 건강 기록 및 서비스 제공자 디렉토리 정보를 열람할 수 있는 권리

컴퓨터, 스마트 태블릿 또는 모바일 장치에 다운로드한 애플리케이션을 사용하여 행동 건강 기록을 열람하거나 서비스 제공자를 찾을 수 있습니다. 이러한 방식으로 정보를 얻기 위해 애플리케이션을 선택하기 전에 고려해야 할 정보는 이 핸드북의 카운티 연락처 섹션에 나와 있는 해당 카운티 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

서비스 범주

귀하가 행동 건강 서비스 이용 기준을 충족하는 경우, 필요에 따라 다음과 같은 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자는 귀하와 협력하여 가장 적합한 서비스를 결정합니다.

전문 정신 건강 서비스

정신 건강 서비스

- 정신 건강 서비스는 정신 건강 문제가 있는 사람들이 일상 생활에 대처하는 기술을 개발하도록 돕는 개인, 그룹, 가족 기반 치료 서비스입니다. 이러한 서비스에는 치료를 받는 사람에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 서비스 제공자가 수행하는 작업도 포함됩니다. 여기에는 서비스가 필요한지, 서비스가 효과가 있는지 확인하기 위한 평가, 정신건강 치료의 목표와 제공하게 될 구체적인 서비스를 결정하는 치료 계획, 그리고 일상 생활 능력을 개선하거나 유지하는 데 도움을 주기 위해 (귀하가 허락하는 경우) 가족이나 생활에서 중요한 사람들과 함께 작업해 나가는 것을 의미하는 “담보”가 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스는 클리닉이나 서비스 제공자의 진료실, 귀하의 자택이나 기타 커뮤니티 환경, 전화 또는 원격 의료(오디오 전용 및 비디오 상호 작용 모두 포함)를 통해 제공될 수 있습니다. 카운티와 서비스 제공자는 귀하의 서비스/예약 빈도를 결정하기 위해 귀하와 협력할 것입니다.

의약품 지원 서비스

- 이러한 서비스에는 정신 의약품의 처방, 관리, 조제 및 모니터링이 포함됩니다. 귀하의 서비스 제공자는 또한 의약품에 대한 교육을 제공할 수 있습니다. 이러한 서비스는 클리닉이나 의사의 진료실, 귀하의 자택, 커뮤니티 환경, 전화 또는 원격 의료(오디오 전용 및 비디오 상호 작용 모두 포함)를 통해 제공될 수 있습니다.

대상별 사례 관리

- 이 서비스는 정신건강 질환이 있는 회원이 스스로 서비스를 받기 어려울 때 의료, 교육, 사회, 취업 전, 취업, 재할 또는 기타 커뮤니티 서비스를 받을 수 있도록 돕습니다. 대상별 사례 관리에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 플랜 개발,

- 의사소통, 조정 및 의뢰,
- 서비스 제공 모니터링을 통해 서비스 및 서비스 제공 시스템에 대한 개인의 접근성을 보장,
- 해당 회원의 진행 상황을 모니터링.

위기 개입 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 조치가 필요한 긴급한 상황 해결을 위해 제공됩니다. 위기 개입의 목표는 커뮤니티 구성원들을 도움으로써 병원에 갈 필요가 없도록 하기 위한 것입니다. 위기 개입은 최대 8시간까지 지속될 수 있으며, 클리닉이나 서비스 제공자의 진료실, 귀하의 자택 또는 기타 커뮤니티 환경에서 이루어질 수 있습니다. 이 서비스는 전화 또는 원격 의료 서비스를 통해서도 수행 가능합니다.

위기 안정화 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 조치가 필요한 긴급한 상황 해결을 위해 제공됩니다. 위기 안정화 서비스는 24시간 미만 동안 지속되며, 허가된 24시간 의료 시설, 병원 기반 외래 환자 프로그램

또는 이러한 서비스를 제공하도록 인증된 서비스
제공자 기관에서 제공해야 합니다.

성인 주거 치료 서비스

- 이 서비스는 허가된 주거 시설에 거주하는 정신 건강 문제가 있는 사람들에게 정신 건강 치료를 제공하는 서비스입니다. 정신 건강 질환을 앓고 있는 이들이 기술을 개발하도록 돕고 이들에게 주거 치료 서비스를 제공합니다. 이 서비스는 연중무휴 24시간 제공됩니다. Medi-Cal은 이러한 시설에 숙박하는 데 필요한 객실 및 숙박 비용을 부담하지 않습니다.

위기 주거 치료 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신적 또는 정서적 위기를 겪는 사람들에게 정신 건강 치료와 기술 구축의 기회를 제공합니다. 이는 병원에서 정신과 치료가 필요한 사람들 대상 서비스가 아닙니다. 서비스는 연중무휴 24시간 내내 허가된 시설에서 이용할 수 있습니다. Medi-Cal은 이러한 시설에 필요한 객실 및 숙박 비용을 부담하지 않습니다.

주간 집중 치료 서비스

- 이는 병원이나 기타 24시간 보호 시설에 입소할 필요가 있는 사람들에게 제공되는 체계화된 정신 건강 치료 프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 세 시간 동안 이어집니다. 여기에는 치료, 심리 치료 및 기술 구축 활동이 포함됩니다.

주간 재활

- 이 프로그램은 정신 건강 문제가 있는 사람들이 자신의 증상을 더 잘 관리하기 위한 대처 방법과 일상 기술을 배우고 개발하도록 돕기 위한 것입니다. 이 프로그램은 하루에 최소 세 시간 동안 이어집니다. 여기에는 치료 및 기술 구축 활동이 포함됩니다.

정신과 입원 환자 병원 서비스

- 이는 허가를 받은 정신 병원에서 제공되는 서비스입니다. 면허가 있는 정신 건강 전문가가 정신 건강 문제와 관련하여 24시간 집중 치료가 필요한지 여부를 결정합니다. 전문가가 회원에게 24시간 치료가 필요하다고 판단하는 경우, 회원은 24시간 내내 병원에 머물러야 합니다.

정신 건강 시설 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신 건강 문제와 관련하여 24시간 재할 치료를 전문으로하는 허가를 받은 정신 건강 시설에서 제공됩니다. 정신 건강 시설은 시설에 있는 사람들의 신체적 건강 관리 요구를 충족하기 위해 인근 병원 또는 클리닉과 계약을 체결해야 합니다. 정신 건강 시설에서는 일반적으로 외래로 치료할 수 있는 수준 이상의 치료를 필요로 하는, 신체적 질병이나 부상이 없는 환자만 입원하여 치료를 받을 수 있습니다.

치료 행동 서비스

치료 행동 서비스는 21 세 이하의 회원을 대상으로 한 집중적인 단기 외래 치료 개입 서비스입니다. 이 서비스는 각 회원에 맞도록 구체적으로 설계됩니다. 이러한 서비스를 받는 회원의 경우, 심각한 정서적 장애가 있거나 스트레스가 많은 변화 또는 삶의 위기를 겪고 있어 추가로 단기의 구체적인 지원 서비스가 필요합니다.

이 서비스는 심각한 정서적 문제가 있는 경우에 카운티를 통해 이용할 수 있는 일종의 전문 정신 건강 서비스입니다. 치료 행동 서비스를 받으려면, 21 세

미만으로 정신 건강 서비스를 받고 있어야 하며, Medi-Cal 전체 범위에 가입되어 있어야 합니다.

- 귀하가 자택에서 생활하는 경우, 치료 행동 서비스 담당자와의 일대일 상담을 통해 심각한 행동 문제를 줄임으로써 아주 심각한 정서적 문제가 있는 아동-이나 21세 미만 청소년을 위한 그룹 홈 등 더 높은 수준의 치료가 필요하지 않도록 도울 수 있습니다.
- 귀하가 자택이 아닌 곳에서 생활하는 경우, 치료 행동 서비스 담당자가 귀하와 협력하여 귀하가 집으로 돌아가거나 위탁 가정과 같은 가족 기반 환경으로 이동할 수 있도록 도울 수 있습니다.

치료 행동 서비스는 귀하와 귀하의 가족, 간병인 또는 보호자가 문제 행동을 해결하고 귀하가 성공적으로 생활하도록 하는 행동의 종류를 늘리는 새로운 방법을 배우도록 돕습니다. 귀하와 치료 행동 서비스 담당자, 귀하의 가족, 간병인 또는 보호자가 한 팀을 이루어 더 이상 서비스가 필요하지 않을 때까지 단기간 동안 문제 행동을 해결하기 위해 함께 노력합니다. 이러한 서비스를 받는 동안 귀하, 귀하의 가족, 간병인 또는 보호자, 치료 행동 서비스 담당자가 무엇을 할 것인지에 대한 내용이 명시된 치료 행동 서비스

계획을 귀하에게 전달합니다. 치료 행동 서비스 계획에는 서비스가 언제 어디서 이루어지는지에 대한 정보도 들어 있습니다. 치료 행동 서비스 담당자는 귀하에게 도움이 필요할 가능성이 높은 대부분의 장소에서 귀하와 함께 협력합니다. 여기에는 귀하의 자택, 위탁 가정, 학교, 주간 치료 프로그램, 커뮤니티의 다른 영역 등이 포함됩니다.

집중 치료 조정

이는 21 세 미만의 수혜자에 대한 평가, 치료 계획 및 서비스 조정을 촉진하기 위한 대상별 사례 관리 서비스입니다. 이 서비스는 Medi-Cal 서비스 전체 범위에 대한 자격을 갖추고 있으며 의료적 필요성에 근거하여 서비스에 의뢰된 사람들을 위한 것입니다. 이 서비스는 통합 핵심 실무 모델의 원칙을 통해 제공됩니다. 여기에는 아동과 그 가족, 관련 아동 지원 시스템 간의 건강한 소통 관계를 보장하기 위한 아동 및 가족 팀의 구축이 포함됩니다.

아동 및 가족 팀에는 전문적 지원자(예: 아동 서비스 기관의 치료 코디네이터, 서비스 제공자, 사례 관리자), 주변 지원자(예: 가족, 이웃, 친구, 목회자) 및 고객 계획을 수립하고 수행하기 위해 함께 협력하는 여러

사람들이 포함됩니다. 이 팀은 아동과 가족이 목표를 달성하도록 지원하고 보장합니다.

이 서비스에서 코디네이터는 다음과 같은 활동을 합니다.

- 의학적 필요성이 있는 서비스가 강점 기반, 개별화, 고객 중심, 문화 및 언어에 적합한 방식으로 이용되고, 조정되고, 제공되도록 합니다.
- 서비스와 지원이 아동의 필요에 따라 이루어지도록 합니다.
- 모든 사람이 아동, 가족, 서비스 제공자 등을 위해 함께 협력할 수 있는 길을 모색합니다.
- 부모/간병인이 자녀의 요구 사항을 충족하도록 지원합니다.
- 아동 및 가족 팀을 구성하도록 돕고 지속적인 지원을 제공합니다.
- 필요한 경우 다른 아동 서비스 시스템이 아동을 돌보고 있는지 확인합니다.

집중 가정 기반 서비스

- 이 서비스는 각 회원에 맞도록 구체적으로 설계됩니다. 여기에는 아동/청소년의 기능을 방해하는 정신 건강 문제를 개선하기 위한 강점 기반 개입이 포함됩니다. 이 서비스는 아동/청소년이 가정과 커뮤니티에서 기능을 더 잘 발휘하는 데 필요한 기술을 습득하고 이를 돕는 가족의 능력을 향상하도록 지원하는 것을 목표로 합니다.
- 집중 가정 기반 서비스는 아동 및 가족 팀의 통합 핵심 실무 모델에 따라 제공됩니다. 가족의 전반적 서비스 계획을 적용합니다. 이 서비스는 Medi-Cal 전체 범위 서비스를 받을 자격이 되는 21세 미만의 회원에게 제공됩니다. 이 서비스를 받으려면 의학적 필요성에 기반한 의뢰가 있어야 합니다.

치료 위탁 보호

- 치료 위탁 보호 서비스 모델은 복잡한 정서적, 행동적 요구가 있는 21세 이하의 아동에게 외상에 기반한 단기 집중 정신 건강 전문 서비스를 제공합니다. 이 서비스는 각 회원에 맞도록 구체적으로 설계됩니다. 치료 위탁 보호

서비스에서 아동은 훈련, 감독, 지원을 제공하게 될 치료 위탁 보호 부모에게 맡겨집니다.

수감자 사회 재진입

- 수감 중인 회원의 출소 전 최대 90일까지 의료 서비스를 제공합니다. 이용 가능한 서비스 유형에는 재진입 사례 관리, 행동 건강 임상 상담 서비스, 동료 지원, 행동 건강 상담, 치료, 환자 교육, 의약품 서비스, 출소 후 및 퇴원 계획, 검사실 및 방사선 서비스, 의약품 정보, 지원 서비스, 적절한 서비스 제공자에게 등록 지원(예: 출소 후 약물 보조 치료를 계속하기 위한 마약 치료 프로그램) 등이 있습니다. 이러한 서비스를 받으려면 해당 개인이 Medi-Cal 또는 CHIP 회원이어야 하며,
 - 21세 미만인 경우, 청소년 교정 시설에 구금되어 있어야 합니다.
 - 성인인 경우, 구금되어 있고 프로그램의 의료적 요구 사항 중 하나를 충족해야 합니다.
- 이 핸드북 표지에 나와 있는 전화번호로 해당 카운티에 연락하여 이 서비스에 대한 추가 정보를 요청하십시오.

Medi-Cal 동료 지원 서비스(카운티에 따라 다름)

- Medi-Cal 동료 지원 서비스는 구조화된 활동을 통해 회복, 회복력, 참여, 사회화, 자급 자족, 자기 옹호, 주변의 지원 개발 및 강점 파악을 촉진합니다. 이 서비스는 귀하 또는 귀하가 지정한 중요한 지원자에게 제공될 수 있으며 다른 정신 건강 서비스를 받으면서 동시에 받을 수 있습니다. Medi-Cal 동료 지원 서비스의 동료 지원 전문가란 행동 건강 또는 약물 사용 문제를 겪은 경험이 있고 회복 중인 개인으로, 카운티의 주 승인 인증 프로그램의 요건을 이수하고 카운티의 인증을 받았으며 주에 면허가 있거나, 면허가 면제되거나 또는 면허가 등록된 행동 건강 전문가의 지시에 따라 이러한 서비스를 제공하는 개인을 뜻합니다.
- Medi-Cal 동료 지원 서비스에는 개인 및 그룹 코칭, 기술 구축 교육 그룹, 리소스 탐색, 행동 건강 치료에 참여를 권장하는 참여 서비스 및 자기 옹호 촉진과 같은 치료 활동이 포함됩니다.
- 21 세 미만의 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 프로그램에 따라 서비스를 받을 수 있습니다.

- Medi-Cal 동료 지원 서비스 제공은 참여 카운티의 선택 사항입니다. 해당 카운티에서 이 서비스를 제공하는지 알아보려면, 이 핸드북 마지막에 나와 있는 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.

이동식 위기 관리 서비스

- 이동식 위기 관리 서비스는 정신 건강 위기가 있는 경우 이용할 수 있습니다.
- 이동식 위기 관리 서비스는 병원 또는 기타 시설 환경을 제외한 가정, 직장, 학교 또는 기타 커뮤니티 지역 등 위기가 발생한 지역의 의료 서비스 제공자에 의해 제공됩니다. 이동식 위기 관리 서비스는 연중무휴 24 시간 내내 이용할 수 있습니다.
- 이동식 위기 관리 서비스에는 신속한 대응, 개별 평가 및 커뮤니티 기반 안정화 서비스가 포함됩니다. 추가적인 치료가 필요한 경우, 이동식 위기 관리 서비스 제공자가 다른 서비스로 안전하게 인계하거나 의뢰합니다.

약물 사용 장애 서비스

약물 **Medi-Cal** 체계적 제공 시스템 카운티 서비스란 무엇인가요?

약물 **Medi-Cal** 체계적 제공 시스템 카운티 서비스는 약물 사용 문제가 있는 사람, 즉 알코올이나 기타 약물을 오용하고 있거나 소아과 의사나 일반의가 치료할 수 없는 약물 사용 문제가 발생할 위험이 있는 사람을 위한 서비스입니다. 이러한 서비스에는 치료를 받는 사람에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 서비스 제공자가 수행하는 작업도 포함됩니다. 여기에는 귀하에게 서비스가 필요한지, 서비스가 효과를 나타내는지 확인하기 위한 평가 과정이 포함됩니다.

약물 **Medi-Cal** 체계적 제공 시스템은 클리닉이나 서비스 제공자의 진료실, 또는 귀하의 자택이나 기타 커뮤니티 환경, 전화 또는 원격 의료(오디오 전용 및 비디오 상호 작용 모두 포함)를 통해 제공될 수 있습니다. 카운티와 서비스 제공자는 귀하의 서비스/예약 빈도를 결정하기 위해 귀하와 협력할 것입니다.

미국 중독 의학 협회(ASAM)

귀하가 받을 수 있는 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템 서비스 중 일부는 미국 중독 의학 협회의 기준에 기초를 두고 있습니다. 카운티 또는 서비스 제공자는 필요한 경우 미국 중독 의학 협회 도구를 사용하여 귀하에게 적합한 유형의 서비스를 찾습니다. 이러한 유형의 서비스는 “치료 수준”으로 설명되며 아래에 정의되어 있습니다.

선별 검사, 평가, 간단한 개입 및 치료 의뢰(미국 중독 의학 협회 레벨 0.5)

알코올 및 약물 선별 검사, 평가, 간단한 개입 및 치료 의뢰(SABIRT)는 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템이 제공하는 혜택이 아닙니다. 11 세 이상의 회원을 위한 Medi-Cal 행위별 수가제 및 Medi-Cal 관리형 의료 전달 시스템의 혜택입니다. 관리형 의료 플랜은 11 세 이상의 회원에게 이 서비스를 포함하여 보장되는 약물 사용 장애 서비스를 제공해야 합니다.

조기 개입 서비스

조기 개입 서비스는 21 세 미만의 회원 대상으로 보장되는 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템 서비스입니다. 21 세 미만의 회원이 약물 사용 장애로

진행될 위험이 있다고 판별되고 결정된 경우, 조기 개입 서비스로서 외래 환자 수준의 서비스에서 보장되는 모든 서비스를 받을 수 있습니다. 21 세 미만의 회원에 대한 조기 개입 서비스에는 약물 사용 장애 진단이 필요하지 않습니다.

조기 정기 선별 검사, 진단 및 치료

21 세 미만의 회원은 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료라는 혜택을 통해 이 핸드북의 앞부분에서 설명한 서비스와 추가 Medi-Cal 서비스를 이용할 수 있습니다.

조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스를 받으려면 회원의 나이가 21 세 미만이고 Medi-Cal 전체 범위에 가입되어 있어야 합니다. 이 혜택에는 신체적 및 행동적 건강 문제를 교정하거나 돕기 위해 의학적으로 필요한 서비스가 포함됩니다. 문제의 악화를 막고, 지원하거나, 개선 또는 더 건널만 하도록 하는 서비스는 문제에 도움이 되는 것으로 간주되며 조기 및 주기적 선별 검사, 진단 및 치료 서비스에 적용됩니다. 21 세 미만 회원의 서비스 이용 기준은 약물 사용 장애 상태에 대한 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 요건과 예방 및 조기 개입 의도를 충족하기 위해 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템

서비스를 이용하는 성인 회원의 이용 기준과 다르며 더 유연합니다.

이 서비스에 대해 궁금한 점이 있으면 해당 카운티에 문의하거나 [DHCS 초기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 웹페이지](#)를 방문하십시오.

외래 환자 치료 서비스(미국 중독 의학 협회 레벨 1)

- 상담 서비스는 의학적으로 필요한 경우 성인 회원의 경우 주당 최대 9 시간, 21 세 미만 회원의 경우 주당 6 시간 이내로 제공됩니다. 귀하의 필요에 따라 더 많은 시간을 제공할 수 있습니다. 상담사 등 면허가 있는 사람이 직접 대면, 전화 또는 원격 의료를 통해 서비스를 제공할 수 있습니다.
- 외래 환자 서비스에는 평가, 치료 조정, 상담(개인 및 그룹), 가족 치료, 의약품 제공 서비스, 오피오이드 사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 알코올 사용 장애 및 기타 비 오피오이드 약물 사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 환자 교육, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기 개입 서비스가 포함됩니다.

집중 외래 환자 서비스(미국 중독 의학 협회 레벨 2.1)

- 집중 외래 환자 서비스는 의학적으로 필요한 경우 성인은 주당 최소 9 시간에서 최대 19 시간, 21 세 미만 회원의 경우 주당 최소 6 시간에서 최대 19 시간까지 회원에게 제공됩니다. 서비스는 개인의 의학적 필요성에 따라 최대 시간을 초과할 수 있습니다. 서비스는 대부분 중독 관련 문제에 대한 상담과 교육으로 이루어집니다. 서비스는 면허가 있는 전문가 또는 공인 상담사가 구조화된 환경에서 제공합니다. 집중 외래 환자 치료 서비스는 직접 대면, 원격 의료 또는 전화로 제공될 수 있습니다.
- 집중 외래 환자 서비스에는 외래 환자 서비스와 동일한 치료가 포함됩니다. 서비스 시간이 더 많은 것이 가장 큰 차이점입니다.

부분 입원(카운티에 따라 다름)(미국 중독 의학 협회 레벨 2.5)

- 21 세 미만의 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 프로그램에 따라 이 서비스를 받을 수 있습니다.

- 부분 입원 서비스에는 의학적으로 필요한 경우 주당 20 시간 이상의 서비스가 포함됩니다. 부분 입원 프로그램을 통해 정신과, 의료 및 실험실 서비스를 직접 이용할 수 있으며, 일상적인 모니터링이나 관리가 필요하고 클리닉에서 적절히 해결할 수 있는 파악된 요구 사항을 충족할 수 있습니다. 서비스는 직접 대면, 원격 의료 또는 전화로 제공될 수 있습니다.
- 부분 입원 서비스는 집중 외래 환자 서비스와 유사하지만, 서비스 제공 시간이 더 많고 의료 서비스를 추가로 이용할 수 있다는 점이 가장 큰 차이점입니다.

주거 치료(카운티의 승인에 따라 제공)(미국 중독 의학 협회 레벨 3.1 - 4.0)

- 주거 치료 서비스는 약물 사용 장애 진단을 받은 회원에게 의학적으로 필요하다고 판단되는 경우 재활 서비스를 제공하는 프로그램입니다. 회원은 숙소 내에서 거주하며 커뮤니티 지원 시스템을 이용하여 대인관계 및 독립적 생활 기술을 변화하고, 유지하고, 적용하려는 노력에 대한 지원을 받게 됩니다. 대부분의 서비스는 직접 대면으로 제공되지만, 주거 치료를 받으면서 원격

의료 및 전화로 이용할 수도 있습니다. 서비스 제공자와 거주자는 장애 사항을 파악하고, 우선 순위를 설정하고, 목표를 설정하고, 약물 사용 장애 관련 문제를 해결하기 위해 협력합니다. 목표에는 약물을 사용하지 않고, 재발 유발 요인에 대비하고, 개인의 건강 및 사회적 기술을 향상시키고, 장기 치료에 참여하는 것 등이 있습니다.

- 주거 서비스에는 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템을 갖춘 카운티의 사전 승인이 필요합니다.
- 주거 서비스에는 접수 및 평가, 치료 조정, 개인 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 의약품 제공 서비스, 오피오이드 사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 알코올 사용 장애 및 기타 비 오피오이드 약물 사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 환자 교육, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기 개입 서비스가 포함됩니다.
- 주거 서비스 제공자는 중독 치료용 의약품을 진료 현장에서 직접 제공하거나 회원이 중독 치료용 의약품을 외부에서 구할 수 있도록 지원해야 합니다. 주거 서비스 제공자는 중독 치료용 의약품 제공자의 연락처 정보를 제공한 것만으로 이

요건을 충족할 수 없습니다. 주거 서비스 제공자는 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템에 따라 보장을 받는 회원에게 의약품을 제공하고 처방해야 합니다.

입원 환자 치료 서비스(카운티의 승인에 따라 제공) (미국 중독 의학 협회 레벨 3.1-4.0)

- 21 세 미만의 수혜자는 자신이 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 프로그램에 따라 서비스를 받을 수 있습니다.
- 입원 환자 서비스는 입원 환자 환경에서 전문가가 직접 평가, 관찰, 의료 모니터링 및 중독 치료를 제공하는 24 시간 서비스를 제공합니다. 대부분의 서비스는 직접 대면으로 제공되지만, 입원 치료를 받으면서 원격 의료 및 전화로 이용할 수도 있습니다.
- 입원 환자 서비스는 고도로 구조화되어 있으며 의사가 제공하는 서비스를 공인등록 간호사, 중독 전문 카운슬러 및 기타 임상 담당자와 함께 매일 24 시간 현장에서 이용할 수 있습니다. 입원 환자 서비스에는 평가, 치료 조정, 상담, 가족 치료, 의약품 제공 서비스, 오피오이드 사용 장애에 대한

중독 치료 약물, 알코올 사용 장애 및 기타 비
오피오이드 약물 사용 장애에 대한 중독 치료
약물, 환자 교육, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기
개입 서비스가 포함됩니다.

마약 치료 프로그램

- 마약 치료 프로그램은 의사가 의학적으로
필요하다고 지시한 경우 약물 사용 장애를
치료하기 위한 의약품을 제공하는 병원의 외부
프로그램입니다. 마약 치료 프로그램에서는
회원에게 메타돈, 부프레노르핀, 날록손,
디술피람 등의 약물을 투여해야 합니다.
- 회원에게는 매월 최소 50 분의 상담 세션이
제공되어야 합니다. 이 상담 서비스는 직접 대면,
원격 의료 또는 전화로 제공될 수 있습니다. 마약
치료 서비스에는 평가, 치료 조정, 상담, 가족 치료,
의학 심리 치료, 의약품 제공 서비스, 치료 관리,
오피오이드 사용 장애에 대한 중독 치료 약물,
알코올 사용 장애 및 기타 비 오피오이드 약물
사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 환자 교육, 회복
서비스, 약물 사용 장애 위기 개입 서비스가
포함됩니다.

금단 증상 관리

- 금단 증상 관리 서비스는 긴급하게 단기간 동안 제공됩니다. 이 서비스는 전체 평가가 완료되기 전에 제공될 수 있습니다. 금단 증상 관리 서비스는 외래 환자, 주거 또는 입원 환자 환경에서 제공될 수 있습니다.
- 환경 유형에 관계없이 회원은 금단 증상 관리 과정에서 모니터링을 받습니다. 주거 또는 입원 환경에서 금단 증상 관리를 받는 회원은 해당 위치에 거주하고 있어야 합니다. 의학적으로 필요한 재진입 및 재활 서비스는 면허가 있는 의사 또는 면허가 있는 처방자가 처방합니다.
- 금단 증상 관리 서비스에는 평가, 치료 조정, 의약품 제공 서비스, 오피오이드 사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 알코올 사용 장애 및 기타 비 오피오이드 약물 사용 장애에 대한 중독 치료 약물, 관찰, 회복 서비스가 포함됩니다.

중독 치료를 위한 의약품

- 중독 치료를 위한 의약품 서비스는 임상 및 비임상 환경에서 이용할 수 있습니다. 중독 치료를 위한 의약품 서비스에는 알코올 사용 장애, 오피오이드

사용 장애 및 모든 약물 사용 장애 치료 목적의 모든 FDA 승인 의약품 및 생물학적 제품이 포함됩니다. 회원은 현장에서 또는 시설 외부의 의뢰를 통해 중독 치료용 의약품을 제공받을 권리가 있습니다. 승인된 의약품 목록은 다음과 같습니다.

- 아캄프로세이트 칼슘
- 부프레노르핀 염산염
- 부프레노르핀 서방정 주사제(서브로케이드)
- 부프레노르핀/날록손 염산염
- 날록손 염산염
- 날트렉손(경구용)
- 날트렉손 마이크로스피어 주사
현탁액(비비트롤)
- 로펙시딘 염산염(루세마이라)
- 디술피람(안타뷰즈)
- 메타돈(마약 치료 프로그램을 통해 제공)

- 중독 치료용 의약품은 평가, 치료 조정, 개인 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 의약품 서비스, 환자 교육, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기 개입 서비스, 금단 증상 관리 서비스 등의 서비스와 함께 제공될 수 있습니다. 중독 치료를 위한 약물은 외래 환자 치료 서비스, 집중 외래 환자 서비스 및 주거 치료를 포함한 모든 Drug Medi-Cal 체계적 제공 시스템 서비스의 일부로 제공될 수 있습니다.
- 회원은 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템을 적용하는 카운티 외부에서도 중독 치료를 위한 의약품을 이용할 수 있습니다. 예를 들어, 부프레노르핀과 같은 중독 치료를 위한 의약품은 귀하의 관리형 의료 플랜에서 활동하는, 1 차 진료 환경의 일부 처방자가 처방할 수 있고 약국에서 제공받거나 투여할 수 있습니다.

수감자사회 재진입

- 수감 중인 회원의 출소 전 최대 90 일까지 의료 서비스를 제공합니다. 이용 가능한 서비스 유형에는 재진입 사례 관리, 행동 건강 임상 상담 서비스, 동료 지원, 행동 건강 상담, 치료, 환자 교육, 의약품 서비스, 출소 후 및 퇴원 계획, 검사실 및 방사선 서비스, 의약품 정보, 지원 서비스,

적절한 서비스 제공자에게 등록 지원(예: 출소 후 약물 보조 치료를 계속하기 위한 마약 치료 프로그램) 등이 있습니다. 이러한 서비스를 받으려면 해당 개인이 Medi-Cal 또는 CHIP 회원이어야 하며,

- 21 세 미만인 경우, 청소년 교정 시설에 구금되어 있어야 합니다.
- 성인인 경우, 구금되어 있고 프로그램의 의료적 요구 사항 중 하나를 충족해야 합니다.
- 이 핸드북 표지에 나와 있는 전화번호로 해당 카운티에 연락하여 이 서비스에 대한 추가 정보를 요청하십시오.

Medi-Cal 동료 지원 서비스(카운티에 따라 다름)

- Medi-Cal 동료 지원 서비스는 구조화된 활동을 통해 회복, 회복력, 참여, 사회화, 자급 자족, 자기 옹호, 주변의 지원 개발 및 강점 파악을 촉진합니다. 이 서비스는 귀하 또는 귀하가 지정한 중요한 지원자에게 제공될 수 있으며 다른 약물 Medi-Cal 체계적 제공 시스템 서비스를 받으면서 동시에 받을 수 있습니다. Medi-Cal 동료 지원 서비스의 동료 지원 전문가란 행동 건강 또는 약물

사용 문제를 겪은 경험이 있고 회복 중인 개인으로, 카운티의 주 승인 인증 프로그램의 요건을 이수하고 카운티의 인증을 받았으며 주에 면허가 있거나, 면허가 면제되거나 또는 면허가 등록된 행동 건강 전문가의 지시에 따라 이러한 서비스를 제공하는 개인을 뜻합니다.

- Medi-Cal 동료 지원 서비스에는 개인 및 그룹 코칭, 기술 구축 교육 그룹, 리소스 탐색, 행동 건강 치료에 참여를 권장하는 참여 서비스 및 자기 옹호 촉진과 같은 치료 활동이 포함됩니다.
- 21 세 미만의 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 프로그램에 따라 서비스를 받을 수 있습니다.
- Medi-Cal 동료 지원 서비스 제공은 참여 카운티의 선택 사항입니다. 해당 카운티에서 이 서비스를 제공하는지 알아보려면, 이 핸드북 마지막에 나와 있는 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.

회복 서비스

- 회복 서비스는 귀하의 회복과 건강에 중요한 부분이 될 수 있습니다. 회복 서비스는 귀하가

치료 커뮤니티와의 연결을 통해 건강 및 건강 관리를 관리하도록 도움을 드립니다. 따라서 이 서비스에서는 자신의 건강 관리, 효과적인 자기 관리 지원 전략 사용, 지속적인 자기 관리를 위한 지원 제공을 위해 내부 및 커뮤니티 리소스를 체계화하는 데 있어 귀하의 역할을 강조합니다.

- 귀하는 자기 평가 또는 귀하의 서비스 제공자의 재발 위험 평가에 따라 회복 서비스를 받을 수 있습니다. 회복 서비스는 직접 대면, 원격 의료 또는 전화로 제공받을 수 있습니다.
- 회복 서비스에는 평가, 치료 조정, 개인 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 회복 모니터링 및 재발 예방 구성 요소가 포함됩니다.

치료 조정

- 치료 조정 서비스는 약물 사용 장애 관리, 정신 건강 관리 및 의료 서비스를 조정하고 건강을 위한 서비스와 지원을 연계하는 활동으로 구성됩니다. 치료 조정은 모든 서비스와 함께 제공되며 커뮤니티 등 임상 또는 비임상 환경에서 제공됩니다.

- 치료 조정 서비스에서는 의료 및 정신 건강 서비스 제공자와의 협력을 통해 귀하의 건강 상태를 모니터링 및 지원하고, 퇴원 계획을 수립하며, 보육, 교통, 주거와 같은 커뮤니티 기반 서비스에 귀하를 연결하는 등의 보조 서비스에 대한 조정 활동이 포함됩니다.

우발 상황 관리(카운티에 따라 다름)

- 21 세 미만의 회원은 자신이 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 프로그램에 따라 서비스를 받을 수 있습니다.
- 우발 상황 관리 서비스 제공은 참여 카운티의 선택 사항입니다. 해당 카운티에서 이 서비스를 제공하는지 알아보려면, 이 핸드북 마지막에 나와 있는 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.
- 우발 상황 관리 서비스는 각성제 사용 장애에 대한 증거 기반 치료로, 자격을 갖춘 회원은 24 주간 동안 체계화된 외래 환자 우발적 상황 관리 서비스에 참여한 후 6 개월 이상의 인센티브 없는 추가 치료 및 회복 지원 서비스를 제공받게 됩니다.

- 우발 상황 관리 서비스 초기 12 주 동안에는 치료 목표, 특히 각성제(예: 코카인, 암페타민 및 메타암페타민) 사용하지 않기과 같은 목표의 달성을 위해 일련의 인센티브가 제공됩니다. 참가자는 우발 상황 관리 서비스 프로그램에서 결정한 횟수대로 실시되는 소변 약물 검사에 동의해야 합니다. 인센티브는 현금 등가물(예: 기프트 카드)로 구성됩니다.
- 우발 상황 관리 서비스는 참여 서비스 제공자가 운영하는 비거주 환경에서 서비스를 받고 있으며 포괄적이고 개별화된 치료 과정에 등록하여 참여하고 있는 회원에게만 제공됩니다.

이동식 위기 관리 서비스

- 이동식 위기 관리 서비스는 약물 사용 위기가 있는 경우 이용할 수 있습니다.
- 이동식 위기 관리 서비스는 병원 또는 기타 시설 환경을 제외한 가정, 직장, 학교 또는 기타 커뮤니티 지역 등 위기가 발생한 지역의 의료 서비스 제공자에 의해 제공됩니다. 이동식 위기 관리 서비스는 연중무휴 24 시간 내내 이용할 수 있습니다.

- 이동식 위기 관리 서비스에는 신속한 대응, 개별 평가 및 커뮤니티 기반 안정화 서비스가 포함됩니다. 추가적인 치료가 필요한 경우, 이동식 위기 관리 서비스 제공자가 다른 서비스로 안전하게 인계하거나 의뢰합니다.

전화 또는 원격 의료로 이용 가능한 서비스

행동 건강 서비스를 받기 위해 항상 귀하와 서비스 제공자가 직접 대면해야 하는 것은 아닙니다. 귀하가 받는 서비스에 따라 전화 또는 원격 의료를 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자는 귀하에게 전화 또는 원격 의료를 사용할 것에 대해 설명하고, 전화 또는 원격 의료 서비스를 시작하기 전에 귀하가 동의하는지 확인해야 합니다.

원격 의료 또는 전화를 통해 서비스를 받기로 동의하더라도 나중에 직접 대면 서비스를 받기로 선택할 수 있습니다.

일부 유형의 행동 건강 서비스는 주거 치료 서비스 또는 병원 서비스처럼 귀하가 특정 장소에 있어야 하기 때문에 원격 의료 또는 전화를 통해서만 제공될 수 없습니다.

문제 해결 프로세스: 고충 처리 신청, 이의 신청, 또는 주 공청회 요청

거주 중인 카운티에서 원하는 서비스를 받지 못하면
어떻게 하나요?

귀하의 카운티는 귀하가 원하거나 받고 있는 서비스와
관련된 문제를 해결할 수 있는 방법을 제시해야
합니다. 이를 문제 해결 프로세스라고 하며 다음과
같은 활동이 포함될 수 있습니다.

- 고충 처리 절차: 귀하의 전문 정신 건강 서비스,
약물 사용 장애 서비스, 서비스 제공자 또는
카운티와 관련된 모든 사항에 대한 불만을 구두
또는 서면으로 표현하는 행위. 자세한 내용은 이
핸드북의 고충 처리 섹션을 참조하십시오.
- 이의 신청 절차: 이의 신청은 귀하가 귀하의
서비스를 변경(예: 서비스 거부, 종료 또는
축소)하거나 서비스를 제공하지 않기로 한
카운티의 결정에 동의하지 않는 경우에 취할 수
있는 절차입니다. 자세한 내용은 이 핸드북의 이의
신청 절차 섹션을 참조하십시오.
- 주 공청회 절차: 주 공청회는 카운티가 귀하의
이의 신청을 거부하는 경우 캘리포니아 사회

복지부(CDSS)의 판사와 만남을 가지는 절차입니다. 자세한 내용은 이 핸드북의 주 공청회 섹션을 참조하십시오.

고충 처리 신청, 이의 신청 또는 주 공청회를 요청해도 귀하에게 불리하게 작용하지 않으며 귀하가 받고있는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 고충 처리나 이의 신청을 제출하면 귀하에게 필요한 서비스를 제공하고 행동 건강 서비스와 관련된 문제를 해결하는 데 도움이 됩니다. 고충 처리와 이의 신청은 또한 카운티에 서비스를 개선하는 데 사용할 수 있는 정보를 제공하게 되는 것이므로 카운티에 도움이 됩니다. 귀하의 카운티는 귀하의 고충 또는 이의 신청 절차가 완료되면 귀하, 서비스 제공자, 부모/보호자에게 그 결과를 통지합니다. 주 공청회 사무소는 주 공정 청문회가 완료되면 귀하와 서비스 제공자에게 그 결과를 통지합니다.

참고: 아래에서 각 문제 해결 프로세스에 대해 자세히 알아보십시오.

이의 신청, 고충 처리 또는 주 공청회 신청서 제출에 도움을 받을 수 있나요?

귀하의 카운티는 귀하에게 이러한 절차를 설명하여 도움을 드릴 것이며, 고충 처리, 이의 신청 또는 주 공청회를 신청할 수 있도록 도움을 제공해야 합니다. 카운티는 또한 “신속 이의 신청”이라는 절차에 대한 귀하의 자격 여부를 결정하는 데 도움을 드릴 수 있으며, 귀하의 건강, 정신 건강 및/또는 안정성이 위험에 처해 있는 경우 이 절차를 통해 신청 내용이 더 빨리 검토될 수 있습니다. 귀하는 또한 귀하의 서비스 제공자 또는 변호사 등 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동을 취하도록 권한을 위임할 수 있습니다.

도움이 필요한 경우, 이 핸드북 표지에 나와 있는 전화번호를 사용하여 해당 카운티에 문의하십시오. 귀하의 카운티는 귀하가 고충 처리 또는 이의 신청과 관련된 양식을 작성하고 기타 절차 단계를 완료하는 데 합리적인 도움을 제공해야 합니다. 여기에는 통역사 서비스, TTY/TDD 와 통역 기능이 있는 무료 전화번호가 제공되며 이에 국한되지 않습니다.

추가 지원이 필요한 경우

옴부즈맨 사무소, 보건부에 문의하십시오.

- 전화: 1-888-452-8609, 월요일-금요일, 오전 8시-오후 5시(공휴일 제외)

또는

- 이메일: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.
주의 사항: 이메일 메시지는 기밀 사항으로 간주되지 않습니다(이메일 메시지에 개인 정보를 포함하지 마십시오).

또한 지역 법률 지원 사무소나 다른 그룹에서 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다. 귀하의 주 공청회 신청 권리에 대해 문의하시려면, 캘리포니아 사회복지부 공공 질의 및 답변 부서에 다음 전화번호로 연락하시기 바랍니다. **1-800-952-5253**(TTY 의 경우 **1-800-952-8349** 로 전화).

고충 처리

고충이란 무엇인가요?

고충이란 행동 건강 서비스 또는 이의 신청이나 주 청문회 절차에서 다루지 않는 카운티의 다른 모든 측면에 대한 불만 사항을 말합니다.

고충 처리 절차란 무엇인가요?

고충 처리 절차는 다음과 같습니다.

- 구두나 서면으로 고충 사항을 제기하는 간단한 단계가 포함됩니다.
- 고충 처리 신청으로 인해 귀하의 권리나 서비스가 상실되거나 귀하의 서비스 제공자에게 책임을 묻지 않습니다.
- 다른 사람이 귀하를 대신하여 절차를 수행하도록 위임할 수 있습니다. 대리인은 서비스 제공자나 또는 옹호관이 될 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 귀하가 동의하는 경우, 귀하의 카운티가 해당 개인에게 귀하의 정보를 공개할 수 있도록 권한을 부여하는 승인 양식에 서명할 것을 요청할 수 있습니다.
- 고충 제기에 대한 결정을 내리도록 승인된 사람이 결정을 내릴 자격이 있고 이전 단계에서 검토 또는 의사 결정에 참여하지 않았는지 확인합니다.
- 카운티, 서비스 제공자, 귀하 본인의 의무를 결정합니다.

- 고충 처리 신청 결과가 요구된 일정 내에 제공되었는지 확인합니다.

언제 고충 제기를 할 수 있나요?

귀하가 받은 치료에 불만이 있거나 귀하의 카운티에 관한 다른 우려가 있는 경우, 언제든지 고충을 제기할 수 있습니다.

어떻게 고충 제기를 할 수 있나요?

언제든지 카운티의 연중무휴 24 시간 무료 액세스 라인에 전화하여 고충에 대한 지원을 받을 수 있습니다. 구두로 제기한 고충 사항은 서면으로 후속 조치를 취할 필요가 없습니다. 서면으로 고충 사항을 제기한 경우, 다음 사항에 유의하십시오. 해당 카운티에서는 모든 서비스 제공자 사이트에서 자체 주소가 기재된 봉투를 제공합니다. 자체 주소가 기재된 봉투가 없는 경우, 고충 사항을 이 핸드북 앞면에 기재된 주소로 우편으로 보내시기 바랍니다.

카운티가 내 고충 사항을 접수했는지 어떻게 알 수 있나요?

귀하의 카운티에서는 고충 사항이 접수된 날로부터 5 일 이내에 접수되었음을 알리는 서면 통지를

제공해야 합니다. 다음 영업일 종료까지 해결된다는 데 동의하여전화를 통해 또는 직접 접수한 고충 사항은 여기에서 면제되며 서면 통지를 받지 못할 수 있습니다.

나의 고충 사항은 언제 결정되나요?

카운티는 귀하의 고충 사항에 대해 고충이 접수된 날로부터 30 일 이내에 결정을 내려야합니다.

카운티가 내 고충 사항에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요?

귀하의 고충 사항에 대한 결정이 내려지면 카운티는 다음을 수행합니다.

- 귀하 또는 귀하의 대리인에게 결정에 대한 서면 통지를 보냅니다.
- 카운티가 제때에 고충에 대한 결정 내용을 통지하지 않는 경우, 귀하에게 주 공청회를 요청할 권리가 있음을 알리는 불리한 혜택 결정 통지서를 귀하 또는 귀하의 대리인에게 발송합니다.
- 주 공청회를 요청할 수 있는 권리에 대해 알려드립니다.

귀하의 고충 사항이 전화를 통해 또는 직접 접수되었고 접수일로부터 다음 영업일 종료까지 문제가 해결된다는 데 동의한 경우, 결정에 대한 서면 통지를 받지 못할 수 있습니다.

참고: 귀하의 카운티는 귀하에게 기간이 만료되는 날짜에 불리한 혜택 결정 통지를 제공해야 합니다. 불리한 혜택 결정 통지를 받지 못한 경우, 카운티에 연락하여 자세한 정보를 요청할 수 있습니다.

고충 제기 마감일이 있나요?

아니요. 언제든지 고충을 제기할 수 있습니다.

이의 신청

귀하가 현재 받고 있거나 받기를 원하는 행동 건강 서비스에 대한 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우, 이의를 제기할 수 있습니다. 다음과 같은 방법으로 카운티의 결정에 대한 검토를 요청할 수 있습니다.

- 표준 이의 신청 절차.

또는

- 신속 이의 신청 절차.

참고: 이 두 가지 유형의 이의 신청은 유사하지만 신속 이의 신청을 하기 위한 특정한 요건이 있습니다(요건은 아래 참조).

카운티는 서면 이의 신청서 작성, 웹사이트 내 양식이 있는 위치를 알려주거나 귀하의 요청이 있는 경우 양식을 제공하는 등 이의 신청을 위한 양식 작성 및 기타 절차적 단계를 지원하는 데 도움을 드립니다. 또한 카운티는 연방 규정에 따라 불리한 혜택 결정에 대한 이의 제기 기간 동안 귀하가 혜택의 지속을 요청할 수 있도록 조언하고 지원해야 합니다.

표준 이의 신청 절차에서는 어떤 작업이 이루어지나요?

표준 이의 신청 절차 작업:

- 귀하는 구두 또는 서면으로 이의를 제기할 수 있습니다.
- 어떤 경우에도 이의 제기 신청으로 인해 귀하의 권리나 서비스가 상실되거나 귀하의 서비스 제공자에게 책임을 묻지 않습니다.
- 다른 사람(서비스 제공자 또는 옹호관)이 귀하를 대신하여 절차를 수행하도록 승인할 수 있습니다.

주의 사항: 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 귀하가 승인하는 경우, 카운티는 귀하에게 해당 개인에게 귀하의 정보를 공개할 수 있도록 승인하는 양식에 서명할 것을 요청할 수 있습니다.

- 필요한 기간 내에 이의 신청을 요청하면 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 주의 사항: 그러려면 불리한 혜택 결정 통지서가 우편으로 발송되거나 직접 전달된 날로부터 10일 이내에 신청해야 합니다.
- 이의 신청이 계류 중이고 이의 신청에 대한 최종 결정이 카운티의 불리한 혜택 결정에 유리한 경우, 계속되는 서비스에 대한 비용을 귀하가 지불하지 않도록 합니다.
- 귀하의 이의 신청에 대한 의사 결정권자가 자격을 갖추고 이전 단계의 검토나 의사 결정에 관여하지 않았음을 확인합니다.
- 귀하 또는 귀하의 대리인이 귀하의 의료 기록 및 기타 관련 문서 등 사례 파일을 검토할 수 있도록 허용합니다.

- 귀하에게 직접 또는 서면으로 증거, 증언 및 주장을 제시할 수 있는 합리적인 기회를 부여합니다.
- 귀하, 귀하가 승인한 사람 또는 사망한 회원의 법정 대리인을 이의 신청 당사자로 포함할 수 있도록 허용합니다.
- 카운티는 귀하의 이의 신청이 검토 중임을 서면으로 통지합니다.
- 이의 신청 절차가 완료된 후 귀하에게 주 공청회를 요청할 권리가 있음을 알려줍니다.

언제 이의 신청을 할 수 있나요?

다음과 같은 경우 해당 카운티에 이의 제기 신청을 할 수 있습니다.

- 카운티 또는 계약을 맺은 서비스 제공자가 귀하가 행동 건강 서비스의 이용 기준을 충족하지 않는다고 판단한 경우.
- 보건의료 서비스 제공자가 귀하에게 행동 건강 서비스를 권하고 귀하의 카운티에 승인을 요청했지만 카운티가 요청을 거부하거나 서비스 유형이나 횟수를 변경한 경우.

- 귀하의 서비스 제공자가 카운티의 승인을 요청했지만 카운티가 추가 정보를 요구하며 승인 프로세스를 제때에 완료하지 않은 경우.
- 귀하의 카운티가 미리 결정된 일정에 따라 서비스를 제공하지 않은 경우.
- 카운티가 제때에 귀하의 필요를 충족시키지 못한다고 느낀 경우.
- 고충 제기, 이의 신청, 신속 이의 신청이 제때에 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 필요한 행동 건강 서비스에 동의하지 않는 경우.

어떻게 이의 제기 신청을 할 수 있나요?

- 다음 세 가지 방법 중 하나를 사용하여 이의 신청을 할 수 있습니다.
 - 이 핸드북 표지에 나와 있는 카운티 무료 전화번호로 연락합니다. 전화로 연락한 후, 서면 이의 제기 신청서도 제출해야 합니다.
 - 귀하의 이의 제기 신청서를 우편으로 보내십시오 (카운티는 귀하가 이의 신청서를

우편으로 보낼 수 있도록 모든 서비스 제공자 진료실에 자체 주소가 기재된 봉투를 비치합니다). 참고: 자체 주소가 기재된 봉투가 없는 경우, 이의 제기 신청서를 이 핸드북 앞면에 기재된 주소로 직접 우편 송달할 수 있습니다. 또는

- 이메일이나 팩스로 이의 제기 신청서를 제출할 수 있습니다. 자세한 정보를 알아보려면, 이 핸드북 마지막에 나와 있는 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.

나의 이의 신청이 결정되었는지 어떻게 알 수 있나요?

귀하 또는 귀하의 대리인은 해당 카운티로부터 귀하의 이의 신청에 대한 결정을 알리는 서면 통지를 받게 됩니다. 알림 내용에는 다음 정보가 포함됩니다.

- 이의 해결 프로세스의 결과.
- 이의에 대한 결정이 내려진 날짜.
- 이의가 귀하에게 유리하게 해결되지 않는 경우, 통지서에는 주 공청회에 대한 귀하의 권리와 주

공청회를 요청하는 방법에 관한 정보가
제공됩니다.

이의 신청 마감일이 있나요?

불리한 혜택 결정 통지 날짜로부터 역일 60 일 이내에
이의를 제기해야 합니다. 불리한 혜택 결정 통지를
받지 못한 경우, 이의 제기 기한이 없으므로 언제든지
이러한 유형의 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

내 이의 제기에 대한 결정은 언제 이루어지나요?

카운티는 귀하의 요청을 받은 후 역일 30 일 이내에
귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내려야 합니다.

이의 제기에 대한 결정까지 30 일을 기다릴 수 없다면 어떻게 해야 하나요?

이의 신청이 신속 이의 신청 절차의 기준에 부합하는
경우 보다 신속하게 완료될 수 있습니다.

신속 이의 신청이란 무엇인가요?

신속 이의 신청은 표준 이의 신청과 유사한 절차를
따르지만 더 빠르게 진행됩니다. 신속 이의 신청에
대한 추가 정보는 다음과 같습니다.

- 표준 이의 신청을 기다리는 것이 귀하의 행동 건강 문제를 악화시킬 수 있음을 증명해야 합니다.
- 신속 이의 신청 절차는 표준 이의 신청과 마감일이 다릅니다.
- 카운티는 72시간 내에 신속 이의 신청을 검토해야 합니다.
- 신속 이의 신청을 구두로 요청할 수도 있습니다.
- 신속 이의 신청으르 위한 요청을 서면으로 제출하지 않아도 됩니다.

언제 신속 이의 신청을 할 수 있나요?

표준 이의 신청에 대한 결정까지 30 일을 기다리는 경우, 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 발휘, 유지 또는 회복할 수 있는 능력이 위태로워진다면, 이의 제기에 대한 신속한 해결을 요청할 수 있습니다.

신속 이의 신청에 대한 추가 정보:

- 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청을 위한 요건을 충족하는 경우, 카운티는 접수 후 72시간 내에 이를 해결합니다.

- 카운티에서 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청 기준을 충족하지 않는다고 판단한 경우, 해당 카운티는 귀하에게 제때에 구두 통지를 제공해야 하며, 역일 2일 이내에 해당 결정 사유를 설명하는 서면 통지를 제공합니다. 그러면 귀하의 이의 신청은 이 섹션 앞에서 설명한 표준 이의 신청 기간을 적용하게 됩니다.
- 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청 기준을 충족하지 않는다는 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우, 고충을 제기할 수 있습니다.
- 카운티에서 귀하의 신속 이의 신청의 요청 사항을 해결하면 귀하와 모든 관련 당사자에게 구두 및 서면으로 통지합니다.

주 공청회

주 공청회란 무엇인가요?

주 공청회는 캘리포니아주 사회복지부(CDSS)의 행정 법률 판사가 귀하가 Medi-Cal 프로그램에 따라 받을 자격이 있는 행동 건강 서비스를 제공받을 수 있도록 독립적으로 검토하는 과정입니다.

추가 리소스는 캘리포니아 사회복지부 웹사이트
<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 를
방문하십시오.

주 공청회에 대한 나의 권리는 무엇인가요?

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 귀하의 사례를 해결하기 위해 주 공청회로 알려진 행정 법률 판사가 참석하는 청문회를 요청할 수 있습니다.
- 주 공청회를 요청하는 방법에 대해 알아보십시오.
- 주 공청회에서 대리인이 어떻게 활동하는지에 대한 규정을 알아보십시오.
- 필요한 기간 내에 주 공청회를 요청하는 경우, 주 공청회 절차 중에 귀하의 혜택을 계속 받을 수 있도록 요청합니다.
- 주 공청회가 계류 중이고 최종 결정이 카운티의 불리한 혜택 결정에 유리한 경우, 계속되는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

언제 주 공청회를 신청할 수 있나요?

다음과 같은 경우 주 공청회를 신청할 수 있습니다.

- 귀하가 이의 신청을 제기했고 귀하의 카운티가 이의 제기 요청을 거부했다는 이의 해결 결과 서신을 받은 경우.
- 고충 제기, 이의 신청, 신속 이의 신청이 제때에 해결되지 않은 경우.

주 공청회를 어떻게 요청하나요?

다음과 같은 방법으로 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

- 온라인: 사회복지부 이의 신청 사례 관리 웹 사이트: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 서면: 불리한 혜택 결정 통지에 기재된 주소로 카운티 복지 부서에 요청 내용을 제출하거나 다음 주소로 우편 송달합니다.

캘리포니아주 사회복지부
주 청문회 분과

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

- 팩스: 916-651-5210 또는 916-651-2789

또한 주 공청회 또는 신속 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

- 전화:

- 주 청문회 분과, 수신자 부담 전화:
1-800-743-8525 또는 **1-855-795-0634**.
- 공공 질의 및 답변, 수신자 부담 전화:
1-800-952-5253 또는 TDD,
1-800-952-8349.

주 공청회 요청에 마감일이 있나요?

카운티의 서면 이의 신청 결정 통지일로부터 120 일 이내에 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 불리한 혜택 결정 통지를 받지 못한 경우, 언제든지 주 공청회를 신청할 수 있습니다.

주 공청회의 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있나요?

예. 귀하가 현재 승인된 서비스를 받고 있으며 주 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받기 원하는 경우, 이의 신청에 대한 결정 통지의 소인이

찍힌 날짜 또는 귀하에게 전달된 날짜로부터 10 일 이내에 주 공청회를 요청해야 합니다. 또는, 귀하의 카운티에서 서비스가 중지되거나 축소된다고 밝힌 날짜 이전에 청문회를 요청할 수 있습니다.

참고:

- 주 공청회를 요청할 때, 주 공청회 절차 진행 중에 서비스를 계속 받기를 원한다는 의사를 표시해야 합니다.
- 귀하가 서비스를 계속 받을 것이란 의사 표시를 했고 주 공청회의 최종 결정이 귀하가 받고 있는 서비스를 축소하거나 중단하도록 결정하는 경우, 귀하에게는 주 공청회가 계류 중인 동안 제공된 서비스에 대한 비용을 지불할 책임이 없습니다.

주 공청회에 대한 결정은 언제 이루어지나요?

주 공청회를 요청한 후, 결정을 받기까지 최대 90 일이 걸릴 수 있습니다.

주 공청회의 결정을 더 신속하게 받을 수 있나요?

오래 기다리는 것이 귀하의 건강에 해로울 것이라고 판단되는 경우, 3 일 이내에 답변을 받을 수 있습니다. 서신을 직접 작성하거나 귀하를 담당할 일반의 또는

정신 건강 전문가에게 서신을 작성하도록 요청하여
신속 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 서신에는 다음
정보가 포함되어야 합니다.

1. 귀하의 사례에 대한 결정이 내릴 때까지 최대
90일을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는
최대 기능을 발휘, 유지 또는 회복할 수 있는
능력을 심각하게 해칠 수있음에 대해 자세히
설명합니다.
2. “신속 청문회”를 요청하고 청문회 요청서와 함께
서신을 제출합니다.

사회 복지부의 주 공청회 분과는 신속 주 공청회에
대한 귀하의 요청을 검토하고 기준에 부합하는지
여부를 결정합니다. 귀하의 요청이 승인되면 청문회
일정이 잡히고, 주 청문회 분과가 귀하의 요청을
접수한 날로부터 3 일 영업일 이내에 결정이
내려집니다.

사전 의료 지시서

사전 의료 지시서란 무엇인가요?

귀하에게는 사전 의료 지시서를 준비할 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서는 캘리포니아주 법에 따라 인정되는 귀하의 의료 서비스 관련 서면 문서입니다. 사전 의료 지시서를 생전 유언장이나 위임장으로 설명하기도 합니다. 사전 의료 지시서에는 의료 서비스를 어떻게 제공받기를 원하는지에 대한 정보를 명시하며, 자신이 원하는 바를 스스로 말로 표현할 수 없는 경우 어떤 결정을 내리기 원하는지 기재합니다. 여기에는 의학적 치료, 수술에 대한 수락이나 거부, 또는 다른 의료 서비스에 대한 선택을 할 권리와 같은 내용이 포함될 수 있습니다. 캘리포니아주에서 사전 의료 지시서는 두 부분으로 구성됩니다.

- 귀하에 대한 의료 서비스 관련 결정을 내리는 대리인 (사람)을 지정, 그리고
- 귀하의 개인 의료 서비스 지침.

해당 카운티가 사전 의료 지시서 프로그램을 시행해야 합니다. 귀하의 카운티는 사전 의료 지시서 정책에 대한 서면 정보를 제공하고 귀하가 정보를 요청한

경우 주 법률에 대해 설명해야 합니다. 정보를 요청하려면 이 핸드북 표지에 나와 있는 전화번호로 연락하여 자세한 정보를 확인하십시오.

해당 카운티 또는 온라인에서 사전 의료 지시서용 양식을 얻을 수 있습니다. 캘리포니아주에서는 귀하가 귀하의 모든 의료 서비스 제공자에게 사전 의료 지시서를 제공할 권리가 있습니다. 또한 언제든지 사전 의료 지시서를 변경하거나 취소할 권리도 있습니다.

사전 의료 지시서에 관한 캘리포니아주 법률에 대해 궁금한 점이 있는 경우 다음 주소로 서신을 보내시기 바랍니다.

캘리포니아주 법무부

수신: 공공 문의실

P. O. Box 944255

Sacramento, CA 94244-2550

권리 및 책임

카운티의 책임

카운티의 책임은 무엇인가요?

귀하의 카운티는 다음 사항에 대한 책임이 있습니다.

- 귀하가 카운티 또는 해당 서비스 제공자 네트워크에서 행동 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족하는지 파악합니다.
- 귀하에게 행동 건강 서비스가 필요한지 여부를 결정하기 위해 검사 또는 평가를 수행합니다.
- 카운티에서 서비스를 받는 방법을 알려주는 연중무휴 24시간 내내 응답 가능한 수신자 부담 전화번호를 제공합니다. 전화번호는 이 핸드북 표지에 기재되어 있습니다.
- 필요한 경우 귀하가 카운티에서 제공하는 서비스를 이용할 수 있도록 근방에 충분한 숫자의 행동 건강 서비스 제공자가 있는지 확인합니다.
- 해당 카운티에서 제공하는 서비스에 대해 알리고 안내합니다.

- 귀하가 사용하는 언어로 서비스를 무료 제공하고, 필요한 경우 귀하에게 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 다른 언어 또는 점자나 큰 활자 인쇄물과 같은 대체 형식으로 제공되는 정보에 대해 서면으로 정보를 제공합니다. 자세한 정보를 알아보려면, 이 핸드북 마지막에 나와 있는 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.
- 변경 사항이 적용되기 최소 30일 전에 이 핸드북에 언급된 정보의 중요한 변경 사항을 알려드립니다. 제공되는 서비스의 양이나 유형이 증가하거나 감소하는 경우, 네트워크의 서비스 제공자 수가 증가하거나 감소하는 경우, 또는 카운티로부터 귀하가 받는 혜택에 영향을 미칠 수 있는 기타 변경 사항이 있는 경우, 이는 중요한 변경 사항으로 간주합니다.
- 귀하의 의료 서비스 전환이 원활히 이루어지도록 하기 위해 필요할 수 있는 다른 플랜이나 시스템과 의료 서비스를 연결합니다. 여기에는 전문가 또는 다른 서비스 제공자로서의 의뢰가 적절하게 후속 조치되고 새로운 서비스 제공자가 귀하를 기꺼이 돌볼 수 있도록 보장할 것이 포함됩니다.

- 귀하의 현재 의료 서비스 제공자가 귀하의 네트워크에 등록되어 있지 않더라도 일정 시간 동안 귀하가 계속 진료를 받을 수 있도록 합니다. 이는 서비스 제공자를 전환하는 것이 귀하의 건강을 해치거나 귀하가 병원에 가야 하는 상황이 되지 않도록 하기 위해 중요합니다.

교통편 제공이 되나요?

귀하가 의료 서비스 또는 행동 건강 서비스 예약 일정에 참석하는데 어려움이 있는 경우, Medi-Cal 프로그램은 귀하를 위해 교통편을 준비하는 도움을 드립니다. 교통편 제공 서비스는 혼자서 교통편을 마련할 수 없고 Medi-Cal 이 적용되는 서비스를 받기 위한 의학적 필요성이 있는 Medi-Cal 회원에게만 제공됩니다. 교통편 예약에는 두 가지 유형이 있습니다.

- 비의료 목적: 자신의 예약 일정 장소에 도착하기 위해 다른 방법이 없는 사람들을 위해 개인 또는 공공 차량으로 교통편 제공.
- 비응급 의료 목적: 공공 또는 개인 교통수단을 이용할 수 없는 사람들을 위해 구급차, 휠체어 밴 또는 들것 밴으로 교통편 제공.

약국을 방문하거나 필요한 의약품, 보철물, 보조기 및 기타 장비를 픽업하는 경우에 교통편을 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 에 가입했지만 관리형 의료 플랜에 등록하지 않은 경우 그리고 의료 관련 서비스를 받기 위해 비의료 목적의 이동이 필요한 경우, 비의료 목적 교통편 서비스 제공자에게 직접 연락하거나 귀하의 서비스 제공자가 도움을 요청할 수 있습니다. 교통편 회사에 연락하면 귀하의 예약 날짜와 시간에 대한 정보를 요청합니다.

비용급 의료 목적의 교통편이 필요한 경우, 귀하의 서비스 제공자가 비용급 의료 목적 교통편을 처방하고 귀하가 교통편 서비스 제공자와 연락하도록 하여 예약 장소까지 오가는 일정을 조정할 수 있습니다.

교통편 제공 서비스에 대한 자세한 정보와 지원 사항은 귀하의 관리형 의료 플랜에 문의하십시오.

회원의 권리

Medi-Cal 행동 건강 서비스의 수령인으로서의 나의 권리는 무엇인가요?

Medi-Cal 회원으로서, 귀하는 해당 카운티로부터 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 받을 권리가

있습니다. 행동 건강 서비스를 이용할 때, 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 귀하의 존엄성과 사생활을 존중받고 인격적으로 대우받을 권리.
- 이용 가능한 치료 옵션에 대해 명확하고 이해하기 쉬운 설명을 들을 권리.
- 귀하의 행동 건강 의료 서비스와 관련된 결정에 참여할 권리. 여기에는 귀하가 원하지 않는 치료를 거부할 권리도 포함됩니다.
- 카운티가 제공하는 서비스, 카운티 의무 및 귀하의 권리에 대해 알아보기 위해 이 핸드북을 받을 권리.
- 의료 기록 사본을 요청하고 필요한 경우 변경을 요청할 권리.
- 강요, 징계, 편의 또는 보복의 수단으로 부과되는 어떠한 형태의 억제나 구속을 받지 않을 권리.
- 의학적으로 필요한 경우 응급, 긴급 또는 위기 상황에서 연중무휴 24시간 의료 서비스를 받을 권리.

- 요청에 따라 점자, 큰 활자 인쇄물, 오디오 형식 등의 대체 형식으로 작성된 자료를 적시에 받을 권리.
- 이용 가능성, 수용력, 조정, 보장 범위 및 치료 승인에 대한 해당 주의 계약을 준수하는 카운티에서 행동 건강 서비스를 받을 권리. 카운티는 다음을 수행해야 합니다.
 - 행동 건강 서비스를 받을 자격이 있는 모든 Medi-Cal 적격 회원이 적시에 서비스를 받을 수 있도록 충분한 서비스 제공자를 고용하거나 서면 계약을 체결합니다.
 - 카운티가 서비스를 제공할 수 있는 직원이나 계약한 서비스 제공자를 갖추지 못한 경우, 네트워크 외부에서 의학적으로 필요한 서비스를 적시에 제공합니다.

참고: 카운티는 귀하가 네트워크 외부의 서비스 제공자의 진료를 받는데 대한 추가 비용을 청구하지 말아야 합니다. 자세한 내용은 아래를 참조하십시오.

- 21세 이상의 개인에게 의학적으로 필요한 행동 건강서비스란 생명을 보호하고,

심각한 질병이나 심각한 장애를 예방하거나, 심각한 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요한 서비스를 의미합니다. 21세 미만의 개인에게 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스란 행동 건강 문제의 악화를 막고, 지원하고, 개선하거나 더 견딜만하도록 하는 서비스를 의미합니다.

- 네트워크 외부 서비스 제공자란 카운티의 서비스 제공자 목록에 없는 서비스 제공자를 의미합니다.
- 귀하의 요청이 있을 경우, 추가 비용 없이 네트워크 내부 또는 외부에서 자격을 갖춘 의료 전문가의 2차적인 의견을 제공합니다.
- 제공하기로 동의한 행동 건강 서비스를 제공하기 위해 서비스 제공자가 교육을 받도록 합니다.
- 카운티의 계약된 행동 건강 서비스가 Medi-Cal 적격 회원의 필요를 충족시키기에 양적, 시간적, 범위적으로 충분할 수 있도록 합니다. 여기에는 카운티가 제공하는 서비스에 대한

지급 승인 방법이 의료적 필요성에 근거하고
이용 기준이 공정하게 사용되도록 하는 것이
포함됩니다.

- 카운티의 서비스 제공자가 철저한 평가를
수행하고 귀하와 협력하여 치료 목표를
설정하도록 합니다.
- 필요한 경우 관리형 의료 플랜을 통해
귀하에게 제공되는 서비스 또는 귀하의 1차
진료 서비스 제공자와 함께 카운티가
제공하는 서비스를 조정합니다.
- 영어 소통 능력이 부족하고 다양한 문화적,
인종적 배경을 가진 이들을 포함하여 모든
사람에게 문화적으로 만족할만한 서비스를
제공하려는 주정부의 노력에 동참합니다.
- 귀하의 치료에 해가 되는 변경 사항이 없도록 할
것을 주장할 권리.
- 본 핸드북에 설명된 귀하의 권리와 다음과 같은
모든 관련 연방 및 주정부 법률에 따라 치료와
서비스를 받을 권리.

- 45 CFR 파트 80의 규정에 따라 시행된 1964년
민권법 타이틀 VI.
- 45 CFR 파트 91의 규정에 따라 시행된 1975년
연령차별금지법.
- 1973년 재활법.
- 1972년 교육법 개정안 타이틀 IX(교육
프로그램 및 활동 관련).
- 미국 장애인법 타이틀 II 및 III.
- 환자 보호 및 건강보험개혁법 섹션 1557.
- 귀하에게는 행동 건강 치료 관련 주정부 법률에
따라 추가적인 권리가 있을 수 있습니다. 해당
카운티의 환자 권리 옹호관에 연락하려면 핸드북
표지에 나와 있는 전화번호를 사용하여 해당
카운티에 연락하시기 바랍니다.

불리한 혜택 결정

*내가 원하거나 필요하다고 생각하는 서비스를
카운티가 거부하는 경우 나에겐 어떤 권리가 있나요?*

귀하의 카운티가 귀하가 필요하다고 생각하는
서비스를 거부하거나, 제한하거나, 축소하거나, 지연

또는 종료하는 경우, 귀하에게는 카운티로부터 서면 통지를 받을 권리가 있습니다. 이 통지를 “불리한 혜택 결정 통지”라고 합니다. 귀하는 또한 이의 신청을 요청함으로써 결정에 동의하지 않을 권리가 있습니다. 아래 섹션에서는 불리한 혜택 결정 통지 및 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우, 귀하가 취해야 할 조치에 대해 설명합니다.

불리한 혜택 결정이란 무엇인가요?

불리한 혜택 결정은 카운티가 취하는 다음과 같은 조치로 정의됩니다.

- 요청된 서비스의 거부 또는 제한된 승인. 여기에는 서비스 유형이나 수준, 의료적 필요성, 적절성, 환경 또는 보장하는 혜택의 효과성에 기반한 결정이 포함됩니다.
- 기존에 승인된 서비스의 축소, 보류, 또는 종료,
- 서비스에 대한 지급의 전부 또는 일부를 거부.
- 제때에 서비스를 제공하지 못함,

- 고충 제기 및 이의 신청에 대한 표준 해결책을 위해 필요한 기간 내에 조치를 취하지 않은 경우. 필요한 기간은 다음과 같습니다.
 - 귀하가 카운티를 상대로 고충을 제기하고, 카운티가 30일 이내에 고충에 대한 서면 결정을 귀하에게 보내지 않는 경우.
 - 귀하가 카운티를 상대로 이의 신청을 제출하고, 카운티가 30일 이내에 이의 신청에 대한 서면 결정을 귀하에게 보내지 않는 경우.
 - 귀하가 신속 이의 신청을 제기했지만 72시간 이내에 응답을 받지 못한 경우.
- 재정적 책임에 대해 회원이 이의 신청 요청을 했으나 거부한 경우.

불리한 혜택 결정 통지는 무엇인가요?

불리한 혜택 결정 통지는 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 카운티가 거부하거나, 제한하거나, 축소하거나, 지연 또는 종료하기로 결정한 경우, 해당 카운티에서 귀하에게 보내는 서면 통지서입니다. 여기에는 다음 사항에 대한 거부가 포함됩니다.

- 서비스에 대한 지급.
- 보증이 적용되지 않는 서비스에 대한 청구.
- 의학적으로 필요하지 않은 서비스에 대한 청구.
- 잘못된 제공 시스템의 서비스에 대한 청구.
- 재정적 책임에 대한 이의 제기 요청.

참고: 불리한 혜택 결정 통지는 귀하의 고충 제기, 이의 신청 또는 신속 이의 신청이 제때에 해결되지 않은 경우나 귀하가 서비스 제공에 대한 카운티의 일정 기준 내에 서비스를 받지 못했는지 여부를 알려주는 경우에도 사용됩니다.

통지 시기

카운티는 다음과 같이 우편으로 통지해야 합니다.

- 이전에 승인된 행동 건강 서비스의 종료, 보류 또는 축소를 위한 조치가 적용되는 날짜보다 최소 10일 전에 회원에게 통지.
- 지급 거부 결정이나 요청된 행동 건강 서비스 전체 또는 일부를 거부하거나, 지연하거나, 수정하는 결정이 내려진 후 영업일 2일 이내에 회원에게 통지.

원하는 서비스를 받지 못하면 항상 불리한 혜택 결정 통지를 받게 되나요?

예. 불리한 혜택 결정 통지를 받게 됩니다. 통지를 받지 못한 경우 카운티에 이의를 제기할 수 있으며, 이의 신청 절차를 완료한 경우, 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 귀하의 카운티에 연락할 때, 불리한 혜택 결정을 받았지만 통지서를 받지 못했음을 알리십시오. 이의 신청을 제기하거나 주 공청회를 요청하는 방법에 대한 정보는 이 핸드북에 포함되어 있으며 서비스 제공자의 진료실에서도 확인할 수 있습니다.

불리한 혜택 결정 통지는 어떤 내용을 알려주나요?

불리한 혜택 결정 통지에는 다음과 같은 사항을 알려줍니다.

- 귀하와 서비스를 받는 귀하의 능력에 영향을 미치는 카운티의 결정.
- 해당 결정의 효력 발생일 및 결정 사유.
- 이 결정의 근거가 된 주 또는 연방 규정.
- 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 제기할 귀하의 권리.

- 카운티의 결정과 관련된 문서, 기록 및 기타 정보의 사본을 받는 방법.
- 카운티를 상대로 이의를 제기하는 방법.
- 귀하의 이의 신청에 대한 카운티의 결정에 만족하지 않는 경우, 주 공청회를 요청하는 방법.
- 신속 이의 신청 또는 신속 주 공청회를 요청하는 방법.
- 이의 제기를 제출하거나 주 공청회를 요청하는 데 도움을 얻는 방법.
- 이의 제기를 제출하거나 주 공청회를 요청하는 데 걸리는 기간.
- 귀하가 이의 신청 또는 주 공청회 결정을 기다리는 동안 계속 서비스를 받을 권리, 이러한 서비스의 지속을 요청하는 방법, 이러한 서비스의 비용이 Medi-Cal에 의해 충당되는지 여부.
- 서비스를 계속 받기 원하는 경우, 이의 신청 또는 주 공청회 요청을 제출하는 기간.

불리한 혜택 결정 통지를 받았을 때 무엇을 해야 하나요?

불리한 혜택 결정 통지를 받으면 통지서의 모든 정보를 주의 깊게 읽어야 합니다. 통지서의 내용을 이해하지 못하는 경우, 카운티의 도움을 받을 수 있습니다. 다른 사람에게 도움을 요청할 수도 있습니다.

이의 신청 또는 주 공청회 요청을 제출할 때 중단된 서비스를 지속하기 위한 요청을 할 수 있습니다. 귀하는 불리한 혜택 결정 통지서에 소인이 찍히거나 귀하에게 전달된 날짜로부터 역일 10 일 이내 또는 변경 효력 발생일 이전에 서비스 지속을 요청해야 합니다.

회원의 책임

Medi-Cal 회원으로서 나의 책임은 무엇인가요?

카운티 서비스가 어떤 식으로 제공되는지 이해하여 필요한 의료 서비스를 받는 것이 중요합니다. 또한 다음 사항도 중요합니다.

- 예약한 일정대로 치료에 참여합니다. 귀하의 서비스 제공자와 협력하여 귀하의 치료 목표를

개발하고 그 목표를 따른다면 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 예약한 일정에 도저히 참석할 수 없다면 적어도 **24시간** 전에 서비스 제공자에게 전화하고 다른 날짜와 시간을 예약합니다.

- 치료를 받을 때는 항상 **Medi-Cal** 혜택 신분증(**BIC**)과 사진이 부착된 신분증을 소지하십시오.
- 일정을 예약하기 전에 구두 통역사가 필요한지 서비스 제공자에게 알려주십시오.
- 귀하의 서비스 제공자에게 귀하의 모든 의학적 우려 사항을 알려주십시오. 귀하의 필요 사항에 대해 더 자세한 정보를 공유할수록, 치료는 더 성공적이 될 수 있습니다.
- 궁금한 점이 있는 경우 서비스 제공자에게 문의하십시오. 치료 중에 받은 정보를 완전히 이해하는 것은 매우 중요합니다.
- 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 합의하여 계획한 조치 단계를 따르십시오.
- 귀하의 서비스에 대한 문의 사항이 있거나 서비스 제공자와 관련하여 해결할 수 없는 문제가 있는 경우, 카운티에 문의하십시오.

- 귀하의 개인 정보에 변경 사항이 있는 경우, 해당 서비스 제공자와 카운티에 알려십시오. 여기에는 귀하의 주소, 전화번호, 귀하의 치료 참여 능력에 영향을 줄 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 귀하에게 치료 서비스를 제공하는 담당자를 존중과 예의를 갖추어 대하십시오.
- 사기 또는 부정 행위가 의심되는 경우, 신고하십시오.
 - 보건부는 Medi-Cal 사기, 허비 또는 남용이 의심되는 경우, 누구든 DHCS Medi-Cal 사기 핫라인 **1-800-822-6222**로 전화할 것을 요청합니다. 응급 상황이라고 생각되면, **911**에 전화하여 즉시 도움을 요청하십시오. 통화는 무료이며, 발신자는 익명 처리됩니다.
 - 또한 fraud@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내거나 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>에서 온라인 양식을 사용하여 의심되는 사기 또는 남용을 신고할 수 있습니다.

Medi-Cal 에 비용을 지불해야 하나요?

대부분의 Medi-Cal 회원은 의료 서비스나 행동 건강 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

경우에 따라 매월 지급 받거나 버는 금액에 따라 의료 서비스 및/또는 행동 건강 서비스 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

- 소득이 가족 규모에 따른 Medi-Cal 한도보다 적으면 의료 서비스 또는 행동 건강 서비스 비용을 지불하지 않아도 됩니다.
- 소득이 가족 규모에 따른 Medi-Cal 한도보다 많으면 의료 서비스 또는 행동 건강 서비스 비용의 일정 금액을 지불해야 합니다. 귀하가 지불하는 금액을 ‘비용 분담금’이라고 합니다. 귀하가 일단 ‘비용 분담금’을 지불하면, Medi-Cal 이 그 달의 나머지 보장되는 의료 서비스 비용을 지불합니다. 귀하의 의료비 지출이 없는 달에는 아무것도 지불할 필요가 없습니다.
- Medi-Cal 에 적용되는 모든 치료에 대해 ‘코페이먼트(Co-payment)’를 지불해야 할 수도 있습니다. 즉, 의료 서비스를 받거나 일반

서비스를 받기 위해 병원 응급실에 갈 때마다 본인 부담금을 지불해야 합니다.

- 귀하의 서비스 제공자가 코페이먼트를 지불해야 하는지 알려줄 것입니다.

개인정보 취급방침 고지



귀하의 정보.

귀하의 권리.

우리의 책임.

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

주의 깊게 숙지하시기 바랍니다.

**귀하에게는 자신의 건강 정보에 대한 일정한
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 30일 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
제한하도
록 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 1페이지의 정보를 사용하여 본 기관을 상대로 민원을 제기할 수 있습니다.
- 미국 보건복지부 민권법 사무소에 민원을 제기하려면
90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103로 서신을 보내거나, 1-800-368-1019로 전화하거나 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/를 방문하시기 바랍니다.
- 민원 제기에 대한 보복 조치를 취하지 않습니다.

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, 의식을 잃어서 귀하가 자신의 선호 사항을 본 기관에 알려줄 수 없는 경우에 본 기관은 귀하의 정보가 귀하의 최선의 이익에 부합한다고 판단될 경우 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 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 플랜에 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

공중 보건 및 안전 문제에 대한 지원

- 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 다음을 참조하십시오.

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.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

해당 카운티의 추가 정보

ACBHD는 여러분의 웰빙을 위해 최선을 다하고 있습니다. 여러분의 의견에 귀 기울이며, 평등한 의료 서비스를 지원합니다.

이 정보는 아래의 언어들로 제공됨을 알려드립니다.

- Spanish (Español): Este folleto está disponible en Español
- Vietnamese (Tiếng Việt): Tập sách này có bằng tiếng Việt
- Korean (한국어): 이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- Chinese Traditional (): 這本手冊有中文版
- Chinese Simplified (): 这本手册有中文版

• (فارسی) Farsi: این اطلاعات به زبان فارسی موجود است

- Tagalog (Tagalog/Filipino): Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.
- (عربي) Arabic: يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

현재 본 기관에 등록된 의료 서비스 제공자의 전체 목록을 검토하려면 다음 공공 웹사이트에서 의료 서비스 제공자 디렉토리를 참조하십시오.

<https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/>

위에 나와 있는 언어가 아닌 다른 언어로 이 정보가 필요한 경우, 귀하의 현재 의료 서비스 제공자 또는 책자의 표지에 나와 있는 전화번호로 ACBHD 에 문의하십시오.

차별 금지 고지

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 또는 성적 지향 등을 이유로 어느 누구도 불법적으로 차별하거나, 배제하거나 차별적으로 대우하지 않습니다.

ACBHD 는 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 또는 이용 가능한 전자 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들을 위한 다음과 같은 무료 언어 서비스 제공:
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우, 서비스 제공자에게 문의하거나 ACBHD 액세스, 1-800-491-9099(TTY: 711)로 연락하시기 바랍니다. 또는 청각 장애나 언어 장애가 있는 경우, **711(캘리포니아 주 중개소)**로 전화하십시오. 요청하는 경우, 본 문서는 점자, 큰 활자 인쇄물, 오디오 또는 이용 가능한 전자 형식으로 제공될 수 있습니다.

고충 제기 방법

ACBHD 가 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 ACBHD 의 소비자 지원 라인에 고충을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면 또는 직접 고충을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 고객 지원팀에 문의: 월요일~금요일, 오전 9시~오후 5시, 1-800-779-0787로 전화. 또는 청각 장애나 언어 장애가 있는 경우, 711(캘리포니아 주 중개소)로 전화.

- 서면: 고충 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

소비자 지원

**2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606**

- 직접: 귀하의 서비스 제공자 진료실 또는 정신 건강 협회(2855 Telegraph Ave, Suite 501, Berkeley, CA 94705)를 방문하여 고충을 제기하고 싶다고 알립니다.

고충 제기 양식은 온라인으로 제공됩니다. 다음을 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>.

민권 사무실 - 캘리포니아주 보건부

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

- 전화: **916-440-7370** 로 연락. 언어 장애나 청각 장애가 있는 경우, **711**(캘리포니아주 중개소)로 연락.

- 서면: 민원 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 송달:

보건부

민권 사무실

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

- 전자적: CivilRights@dhcs.ca.gov(으)로 이메일 전송.

민원 양식은 다음에서 이용할 수 있습니다.

<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

민권 사무실 - 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각하는 경우, 미국 보건복지부 민권 사무실에 전화, 서면 또는 전자적 방식으로 민권 관련 민원을 제기할 수도 있습니다:

- 전화: **1-800-368-1019** 로 연락. 언어 장애나 청각 장애가 있는 경우, 다음으로 연락.

TTY/TDD 1-800-537-7697.

- 서면: 민원 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 송달:

미국 보건복지부
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- 전자적: 민권 관련 민원 사무실 포털을 방문.
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

민원 양식은 다음에서 이용할 수 있습니다.

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>