

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 양식: AB 133¹ (버전 2.0)

이름	중간 이름	성	생년월일	Medi-Cal 고객 색인 번호 (해당되는 경우):
----	-------	---	------	---------------------------------

"ASCFI 양식: "AB 133"은 다음 대상자의 데이터 공유를 승인하는 데 사용할 수 있습니다.

1. Medi-Cal 매니지드 케어 플랜 가입자.
2. Medi-Cal을 통해 행동 건강 서비스를 받는 분.
3. 가석방 전 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있는 형사 사법 절차 연루자.

Medi-Cal은 귀하가 더 건강한 삶을 영위하실 수 있도록 건강 및 사회복지 서비스를 조정하는 데 도움을 드리고자 합니다. Medi-Cal을 통해 받는 케어 및 서비스는 여러 기관에서 제공합니다. 케어 파트너는 귀하에게 서비스를 제공하는 다른 기관과 정보를 공유하기 위해 동의가 필요한 경우, 본 양식에 서명을 요청할 수 있습니다. 본 양식은 케어 조정을 위한 경우에 한해 정보를 공유하도록 설계되었습니다. 그 외의 상황에서 귀하의 정보를 포괄적으로 공개하도록 승인하는 용도는 아닙니다. 정보 공유의 목적, 그리고 누가 귀하의 정보를 공유하고 받을 수 있는지에 대한 자세한 내용은 아래를 참조하십시오.

본 ASCFI 양식은 다음 사항을 다룹니다.

- » 케어 조정을 돋기 위해 귀하에 관한 어떤 정보가 공유될 수 있는지 설명합니다.
- » 귀하의 정보가 어떻게 공유되고 사용될 수 있는지 설명합니다.
- » 특정 유형의 정보 공유에 대한 귀하의 허가를 요청합니다. 정보 유형은 ASCFI 양식 섹션 1.3에 나열되어 있습니다.

¹ AB 133은 캘리포니아 주의회 법안 133(California Assembly Bill 133)을 의미합니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 양식:

AB 133(버전 2.0)

이름

중간 이름

성

생년월일

Medi-Cal 고객 색인 번호
(해당되는 경우):**회원 정보**

회원 성명: _____ 생년월일(월/일/년): _____

Medi-Cal 고객 색인 번호(해당되는 경우)²: _____우편 주소, 시/주, 우편번호³: _____

거주지 주소, 시/주, 우편번호 (선택 사항): _____

전화번호(선택 사항): _____ 이메일 주소(선택 사항): _____

케어 파트너가 문자 또는 전화로 연락하는 것을 허용하십니까? 귀하의 케어 파트너는 귀하의 동의 선택 사항에 대해 논의하고 동의 만료 여부를 알리기 위해 연락할 수 있습니다.⁴ 아래에서 해당하는 항목의 확인란에 체크해 주십시오.

예 (상단 전화번호 필수 입력)

문자 및 전화 통화

문자만

전화만

아니오

케어 파트너 정보

본 항목은 상단의 회원으로부터 정보 공유 동의를 받는 케어 파트너가 작성해야 합니다.

케어 파트너 이름: _____

기관명: _____

국가 의료기관 식별 번호(NPI) (해당되는 경우): _____

납세자 식별 번호(TIN): _____

전화번호: _____ 팩스 번호(선택 사항): _____

우편 주소, 시/주, 우편번호: _____

² 고객 색인 번호는 Medi-Cal 회원 복지 식별 카드 앞면에 표시된 식별 번호 중 9자리입니다.³ 친구, 쉼터 또는 가족의 주소를 포함하여 우편물을 받을 수 있는 모든 주소를 기재할 수 있습니다.⁴ 귀하의 휴대전화로 요금이 청구될 수 있습니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCMI) 양식: AB 133(버전 2.0)

이름	중간 이름	성	생년월일	Medi-Cal 고객 색인 번호 (해당되는 경우):
----	-------	---	------	---------------------------------

섹션 1: 개인정보 공유 개요

1.1 정보 공유의 목적

아래 섹션 1.3에 나열된 귀하의 개인정보는 다음을 포함한 여러 가지 이유로 공유될 수 있습니다.

- » 케어 조정. 예: 예약 일정 조율, 주거 지원 요청, 서비스 제공자 검색 지원.
- » 의료, 치과, 정신 건강, 약물 사용 장애 관련 치료 및 서비스 제공.
- » 제공된 치료 및 서비스에 대해 귀하의 건강 보험사로부터 비용 지급 받기.
- » 귀하의 건강과 웰빙 증진에 도움이 되는 프로그램, 서비스, 자원 연계.
- » Medi-Cal이 귀하에게 제공되는 케어를 개선하는 데 도움이 되도록 정보 수집.

1.2 정보를 공유하고 받을 수 있는 주체

케어 파트너는 귀하의 정보를 공유하고 받을 수 있습니다. 케어 파트너는 회원이 이전에 방문했거나, 현재 방문 중이거나, 향후 방문할 수 있는 서비스 제공자 및 기관을 말합니다. 이러한 케어 파트너는 다음과 같습니다.

- » 주치의 및 정신 건강 전문가를 포함한 의료 서비스 제공자.
- » 오피오이드 치료 프로그램 및 거주 치료 프로그램과 같은 약물 사용 장애 서비스 제공자.
- » 지역사회 기반 단체 및 노숙자 서비스 제공자.
- » 교정 시설 제공자 및 사례 관리자.
- » Medi-Cal 매니지드 케어 플랜 및 행동 건강 플랜을 포함한 건강 보험 플랜.
- » 카운티 보건 및 복지 서비스 기관.
- » 적격 보건 정보 기관.
- » 주 정부 산하 보건 및 복지 관련 기관.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 양식: AB 133(버전 2.0)

이름	중간 이름	성	생년월일	Medi-Cal 고객 색인 번호 (해당되는 경우):
----	-------	---	------	---------------------------------

1.3 정보 유형

공유하기 위해 제 동의를 받아야 하는 정보에는 어떤 것이 있나요?

다음은 귀하가 공유 여부를 선택할 수 있는 일부 정보 유형입니다.

- » 연방 규정 42 C.F.R. Part 2에 의해 보호되는 약물 사용 장애 정보.
- » 귀하의 주거 상태, 이력, 주거 지원을 포함한 주거 정보.

이러한 정보 유형에 대한 자세한 내용은 본 양식의 섹션 2.1에서 확인할 수 있습니다. 귀하는 이러한 유형의 정보 공유에 동의할지 여부를 선택할 수 있습니다. 귀하가 동의한다는 것은 이 정보의 공유를 허가한다는 의미입니다.

일부 케어 파트너는 귀하의 동의 없이도 귀하의 건강 및 사회 복지 서비스 정보 중 일부를 다음과 같은 목적으로 다른 케어 파트너와 사용 및 공유할 수 있습니다.

- » 치료 제공
- » 제공된 서비스에 대한 비용 청구
- » 기관 운영 및 귀하를 위한 케어 조율

제 동의 없이 공유될 수 있는 정보 유형에는 어떤게 있나요?

- » 의료 및 정신 건강 정보.
- » 연방법 42 C.F.R. Part 2의 보호를 받지 않는 약물 사용 장애 정보.
- » 건강 보험 정보.
- » 수감 기록, 수감 날짜 및 장소, 가석방 상태를 포함한 제한적인 형사 사법 정보.

귀하가 수감 중이거나 최근에 수감된 경우, 귀하의 케어 파트너는 위에 설명된 일부 형사 사법 정보를 공유할 수 있습니다. 케어 파트너는 귀하의 건강 보험 신청을 돋고 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스와 연계하기 위해 해당 정보를 공유할 수 있습니다. 이 정보는 민사, 행정 또는 형사상의 조사, 소송 또는 기소, 선고, 이민법 집행 또는 가정 법원 소송에 사용될 수 없습니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCMI) 양식: AB 133(버전 2.0)

이름	중간 이름	성	생년월일	Medi-Cal 고객 색인 번호 (해당되는 경우):
----	-------	---	------	---------------------------------

섹션 2: 귀하의 정보 공유에 대한 동의 요청

2.1 특별 정보 공유 동의 항목

귀하에게 요청되는 두 가지 특별 동의 항목은 다음과 같습니다.

- 약물 사용 장애 관련 정보
- 주거 관련 개인 정보

각 특별 동의 항목에 대해 “예” 또는 “아니요/해당 없음”을 선택하십시오

“예” 또는 “아니요/해당 없음”을 선택하면 됩니다. 본 양식에서 ‘아니요 / 해당 없음’을 선택하더라도, 귀하의 혜택 자격이나 의료 또는 서비스를 받을 수 있는 자격에 영향을 미치지 않습니다.

- 본 양식에서 “아니요/해당 없음”을 선택하면, 케어 파트너는 해당 항목의 정보를 공유하지 않습니다.
 - 귀하가 본 양식에 서명하지 않기로 선택하는 경우, 케어 파트너는 본 섹션에 명시된 정보를 공유하지 않습니다.
- 본 양식에서 '예'를 선택하면 케어 파트너는 귀하의 케어 조정에 도움이 될 중요한 정보를 공유할 수 있습니다. 이는 또한 귀하를 다른 서비스에 더 쉽게 연계하는데 도움이 됩니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCMI) 양식: AB 133(버전 2.0)

이름

중간 이름

성

생년월일

Medi-Cal 고객 색인 번호
(해당되는 경우):

1. 약물 사용 장애 정보

- » 일부 약물 사용 정보는 통칭 'Part 2'라고 불리는 연방법 42 C.F.R. Part 2에 의해 보호됩니다. 귀하의 약물 장애를 치료하는 케어 파트너는 귀하의 약물 사용 장애 정보가 42 C.F.R. Part 2의 보호 대상인지 알려줄 수 있습니다.
 - » 귀하는 서비스 제공자가 귀하를 치료하고, 서비스 비용을 지급받고, 기관을 운영하며, 귀하의 케어를 조정할 수 있도록 Part 2 약물 사용 진단 또는 치료 정보 공유를 허가할 수 있습니다.
 - » 귀하가 Part 2 약물 사용 정보를 Medi-Cal, 귀하의 건강 플랜 또는 다른 의료 서비스 제공자와 공유하도록 허가하면, 이들 기관은 위 항목에 명시된 동일한 목적을 위해 해당 정보를 다른 케어 파트너와 공유할 수 있습니다. 또한 연방법 및 주법에 따라 허용되는 다른 목적을 위해 귀하의 동의 없이 귀하의 정보를 공유할 수도 있습니다. 이들은 귀하에 대한 민사, 형사, 행정 및 입법 소송을 위해 이 정보를 공유할 수 없습니다.
 - » 일단 귀하의 Part 2 약물 사용 정보가 사용되거나 공유되면, 해당 정보는 더 이상 Part 2에 따라 보호되지 않거나, 사용 또는 공유되기 이전과 동일한 방식으로 보호되지 않을 수 있습니다. 귀하의 Part 2 약물 사용 정보는 대신 건강 정보를 보호하는 다른 법률에 의해 보호될 수 있습니다.
 - » 귀하의 약물 사용 장애 서비스 제공자에게 연락하여 해당 제공자가 귀하의 정보를 공유한 케어 파트너 목록을 받을 수 있습니다.

정보 제공에 대한 동의: 본인은 본인의 약물 사용 장애 치료 제공자가 Part 2에 의해 보호되는 정보를 포함하여 본인의 과거, 현재, 미래의 약물 사용 장애 정보를 공유하는 것을 허가합니다.

예 아니요 / 해당 없음

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCMI) 양식: AB 133(버전 2.0)

이름

중간 이름

성

생년월일

Medi-Cal 고객 색인 번호
(해당되는 경우):

2. 주거 관련 개인 정보

주거 서비스가 필요한 경우, 'Coordinated Entry(통합 접수 시스템)'를 통해 도움을 받으실 수 있습니다. Coordinated Entry는 주거 서비스가 필요한 사람들을 위해 주거 서비스 조정을 돕는 지역 기관입니다. 이러한 기관은 귀하의 주거 관련 정보를 'Homeless Management Information Systems(노숙자 관리 정보 시스템)' 및 귀하의 의료 서비스 제공자와 같은 기타 케어 파트너와 공유하기 위해 귀하의 허가가 필요할 수 있습니다. 이 시스템들은 주거 기관에서 주거 및 주거 지원 서비스를 제공하고 조정하는 데 사용됩니다.

정보 제공에 대한 동의: 본인은 본인의 지역 주거 서비스 제공자가 '노숙자 관리 정보 시스템' 및 본인의 의료 서비스 제공자와 같은 기타 케어 파트너와 본인의 주거 상태, 이력, 지원 내역을 포함한 주거 관련 개인 정보를 공유하는 것을 허가합니다.

예 아니요 / 해당 없음

2.2 귀하의 권리

저에게는 어떤 권리가 있나요?

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- » 본 양식에 서명할 권리.
 - » 본 양식에 서명하지 않을 권리.
 - » 본 양식의 사본을 받을 권리.
 - » 결정을 변경하고 허가를 철회할 권리.

본 양식에 서명한 후 나중에 결정을 변경할 수 있나요?

예, 귀하는 정보 공유에 대한 결정을 변경할 권리가 있으며, 언제든지 이 동의를 변경하거나 철회할 수 있습니다. 동의를 변경하거나 철회하려면 귀하의 케어 파트너와 상의하십시오. 귀하는 변경하고자 하는 내용을 반영하여 새 ASCMI 양식을 작성해야 합니다.

- » 귀하가 원하는 변경 사항은 새 ASCMI 양식에 서명하는 날부터 적용됩니다.
 - » 동의를 철회하더라도 이전에 귀하의 동의하에 공유된 정보에는 소급 적용되지 않습니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 양식: AB 133(버전 2.0)

이름	중간 이름	성	생년월일	Medi-Cal 고객 색인 번호 (해당되는 경우):
----	-------	---	------	---------------------------------

2.3 서명

본 양식에 서명함으로써 귀하는 다음 사항을 이해하고 이에 동의하게 됩니다.

- » 본 양식의 섹션 1.2에 나열된 귀하의 케어파트너는, 귀하가 위에서 선택한 건강 및 개인 정보를 본 양식의 섹션 1.1에 명시된 목적에 따라 사용하고 공유할 수 있습니다.
- » 또한 귀하는 귀하의 정보가 공유될 경우, 연방법 또는 주법이 해당 정보의 재공유를 보호하지 않을 수 있음을 이해합니다.

정보 공유에 대한 동의는 얼마 동안 유효하나요?

- » 만 18세 이상인 경우, 이 동의는 귀하가 양식에 서명한 날로부터 1년간 유효합니다.
- » 만 18세 미만인 경우 이 동의는 귀하가 양식에 서명한 날로부터 1년간 유효합니다. 이 1년의 기간 동안 귀하가 만 18세가 되거나 귀하의 후견인 자격이 변경되는 경우, 새로 동의를 제공해야 합니다.
- » 연령에 관계없이, 'ASCFI 양식: AB 133' 사용 기준을 더 이상 충족하지 않게 되면 'ASCFI 양식: Non-AB 133'을 사용하여 새로 동의해야 합니다. 또한, 'ASCFI 철회 양식'을 사용하여 언제든지 서면으로 동의를 변경하거나 철회할 수 있습니다.

회원 성명	회원 서명	날짜(월/일/년)
부모/후견인/법적 대리인 성명	부모/후견인/법적 대리인 서명	날짜(월/일/년)