

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

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

"ASCFI 양식: AB 133" 양식은 캘리포니아에 거주하지만 ASCFI 양식 사용 기준을 충족하지 않는 개인의 데이터 공유를 승인하는 데 사용할 수 있습니다. 다음에 해당하는 모든 분들이 포함됩니다.

1. Medi-Cal 매니지드 케어 플랜에 가입하지 않은 분.
2. Medi-Cal을 통해 행동 건강 서비스를 받지 않는 분.
3. 가석방 전 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있는 형사 사법 절차 연루자가 아닌 분.

은/는 귀하가 더 건강한 삶을 영위하실 수 있도록 건강 및 사회복지 서비스를 조정하는 데 도움을 드리고자 합니다. 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:

NON-AB 133 (버전 2.0)

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

고객 정보

고객 성명: _____ 생년월일(월/일/년): _____
 우편 주소, 시/주, 우편 번호²: _____
 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 있습니다³ 아래에서 해당하는 항목의 확인란에 체크해 주십시오.

예 (상단 전화번호 필수 입력)

문자 및 전화 통화

문자만

전화만

아니오

케어 파트너 정보

본 항목은 상단의 고객으로부터 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 친구, 쉼터 또는 가족의 주소를 포함하여 우편물을 받을 수 있는 모든 주소를 기재할 수 있습니다.

³ 귀하의 휴대전화로 요금이 청구될 수 있습니다.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCMI) 양식:

NON-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 잡기 지원, 주거 지원 요청, 치료사 찾기 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.
- » 정보 수집을 통해 _____에서 귀하에게 제공되는 케어를 개선할 수 있도록 도움.

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. 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.
- » 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(ASCMI) 양식: NON-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.
- » 일부 정신 건강 정보.
- » 지적 및 발달 장애 정보.
- » HIV 검사 결과.
- » 유전자 검사 결과
- » 귀하의 주거 상태, 이력, 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(아래 예외 사항 참조).
- » 연방법 42 C.F.R. Part 2의 보호를 받지 않는 약물 사용 장애 정보.
- » 건강 보험 정보.

회원 기밀 정보 공유 승인(ASCFI) 양식: NON-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 특별 동의 항목은 총 6가지입니다.

- 약물 사용 장애 관련 정보
- 주거 관련 개인 정보
- 건강 정보:
- 지적 및 발달 장애 정보
- HIV 검사 결과
- 유전자 검사 결과

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

"예" 또는 "아니요/해당 없음"을 선택하면 됩니다. 본 양식에서 '아니요'를 선택하더라도, 귀하의 혜택 자격이나 의료 또는 서비스를 받을 수 있는 자격에 영향을 미치지 않습니다.

- » 본 양식에서 "아니요/해당 없음"을 선택하면, 케어 파트너는 해당 "아니오" 또는 "해당 없음"이 선택된 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(ASCFI) 양식: NON-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 2 의 보호 대상인지 알려줄 수 있습니다.
- » 귀하는 서비스 제공자가 귀하를 치료하고, 서비스 비용을 청구하며, 기관을 운영하고, 귀하의 케어를 조율할 수 있도록 Part 2 약물 사용 진단 또는 치료 정보를 공유하는 데 동의할 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 2 에 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 치료 제공자에게 연락하여, 해당 제공자가 귀하의 정보를 공유한 케어 파트너 목록을 받아보실 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: NON-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 돋는 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

3. 정신 건강 정보:

일부 정신 건강 정보는 공유 시 귀하의 동의가 필요합니다. 여기에는 치료 기록, 처방 내역, 평가 등 지역사회 내 서비스 제공자로부터 받았을 수 있는 정신 건강 케어 관련 정보가 포함됩니다. 여기에는 치료 기록, 처방 내역, 평가 등 지역사회 내 서비스 제공자로부터 받았을 수 있는 정신 건강 케어 관련 정보가 포함됩니다.

정보 제공에 대한 동의: 본인은 케어 파트너가 본인의 정신 건강 정보를 공유하는 것을 허가합니다.

예 아니요 / 해당 없음

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

4. 지적 및 발달 장애 정보

- » 지적 장애 및 발달 장애와 관련된 특정 정보를 공유하려면 귀하의 동의가 필요합니다. 이러한 장애는 사람의 뇌와 신체 기능에 영향을 미치는 질환으로, 일반적으로 22세 이전에 시작되어 평생 지속됩니다. 지적 장애는 학습, 문제 해결, 일상 업무를 더욱 어렵게 만들 수 있습니다. 발달 장애는 신체 능력, 사고, 언어, 행동에 영향을 미칠 수 있는 보다 광범위한 장애 범주입니다. 지적 장애 및 발달 장애의 예로는 자폐증, 다운 증후군, 뇌성마비, 간질 등이 있습니다.
 - » 이러한 장애를 가진 사람들은 때때로 삶에서 더 많은 지원이 필요할 수 있지만, 그렇다고 해서 그들의 가치, 능력, 또는 지역사회에 대한 기여가 달라지는 것은 아닙니다. 모든 사람은 저마다 고유하며, 각자의 기술과 필요가 다릅니다. 여러 기관 간에 귀하의 지적 및 발달 장애 관련 정보를 공유하면, 모든 지원 담당자가 귀하를 돋는 방법을 더 잘 이해할 수 있게 됩니다.

정보 제공에 대한 동의: 본인은 케어 파트너가 본인의 지적 및 발달 장애 정보를 공유하는 것을 허가합니다.

예 아니요 / 해당 없음

5. HIV 검사 결과

귀하가 받은 HIV 검사 결과를 HIV 관련 치료를 직접 제공하지 않는 다른 케어 파트너와 공유하려면 귀하의 동의가 필요합니다.

정보 제공에 대한 동의: 본인은 케어 파트너가 본인의 HIV 검사 결과를 공유하는 것을 허가합니다.

예 아니요 / 해당 없음

6. 유전자 검사 결과

Medi-Cal을 포함한 귀하의 건강 보험 플랜이 귀하가 받았을 수 있는 유전자 검사 결과를 공유하려면 귀하의 동의가 필요합니다. 유전자 검사 결과는 귀하가 가질 수 있는 특정 유전 질환이나 건강 상태를 식별하는 데 사용되는 임상 검사입니다.

정보 제공에 대한 동의: 본인은 케어 파트너가 본인의 유전자 검사 결과를 공유하는 것을 허가합니다.

예 아니요 / 해당 없음

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

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

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 케어파트너와 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(ASCMI) 양식: NON-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 본 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, 귀하는 언제든지 'ASCMI 철회 양식'을 통해 서면으로 동의를 변경하거나 철회할 수 있습니다.

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