건강 정보 공개 승인서

[정자로 기입해 주십시오]

PerformCARE®

본 양식은 연방 및 주 개인정보보호법에 따라 귀하의 보호 대상 건강 정보('PHI')를 공유하는 데 사용됩니다. 귀하의 승인은 PerformCare가 귀하의 PHI를 귀하가 선택하는 사람 또는 조직과 공유할 수 있도록 허가하는 것입니다. 또한 그러한 사람 및 조직이 귀하의 PHI를 PerformCare와 공유하도록 선택하실 수 있습니다. 귀하는 PerformCare에 요청서를 제출하여 언제든지 본 승인을 취소하실 수 있습니다. 추가 정보가 필요하신 경우 **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**번으로 Member Services (가입자 서비스부)에 연락하시기 바랍니다.

파트 A. 가입자 정보 (PHI 를 공개하게 될 당사자)

가입자 이름(First Name):		가운데 이름 이니셜 (Middle Initial):
성(Last Name):	가입자 ID(ID 카드 참조):	
가입자 주소:		
시:	주:	우편번호:
가입자 생년월일:	주간 전화번호(지역 번호 포함):	

파트 B. 수취인: (귀하의 PHI를 받게 될 사람 또는 조직)

다음 사람 또는 조직은 본인의 PHI를 받을 권리가 있습니다:

또한 다음 사람 또는 조직이 귀하의 PHI를 저희와 공유하기를 바라십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

이름(First Name):	성(Last Name):	
조직명(해당되는 경우)		
주소:		
시:	주:	우편번호:
전화번호(지역 번호 포함):		
파트 A의 가입자와의 관계:		

파트 C. 공유할 PHI에 대한 정보

어떠한 종류의 PHI를 공유해도 되는 지 알려주십시오. 여러 개의 상자에 체크 표시를 하실 수 있습니다. 최소 1개의 상자를 선택해 주셔야 합니다.

☐ **전체 기록.** 본인의 건강 관리 혜택 및 서비스의 제공 및 비용 지불과 관련된 모든 PHI. 연방법은 정신 치료 메모 공유를 하는 데 있어 별도의 승인을 요구하고 있습니다.

☐ **특수 기록. 일부 법은 귀하가 특정 PHI를 공유함에 있어 특별한 승낙을 하도록 요구하고 있습니다. 공유해도 되는 PHI에 대해 아래 상자에 체크 표시해 주십시오.** 귀하가 이 상자들에 체크 표시하면 해당 PHI를 포함하고 있는 귀하의 모든 기록을 공유하도록 허가하는 것입니다. 기록의 일부(예: 한 가지 진단에 대한 기록만)에 대해 허가를 하고자 하시는 경우, 아래의 '제한된 정보만' 섹션을 작성해 주십시오.

☐ 기본 정보
☐ HIV/AIDS
☐ 물질 또는 알코올 남용
☐ 정신/행동 건강 (입원 치료 포함)
☐ 성매개 질환
☐ 임신중절 수술 및 가족 계획
☐ 전염병
☐ 저희에게 기밀로 다루도록 요청하신 정보

☐ **제한된 정보만.** 아래 상자에서 공유하고자 하는 PHI를 명시해 주십시오. 예:

- [Date]에 본인 서비스와 관련된 보험 청구.
- [Date]에 본인의 보험 청구와 관련된 이의 제기 정보.

공유하고자 하는 정보를 명시해 주십시오:

파트 D. 본 승인의 목적

본 승인은 다음 목적을 위해 PHI를 공유하는 것에 대해 유효합니다. (한 개 또는 두 개 박스 모두에 체크 표시하십시오.)

☐ 본인의 건강에 대한 진단, 치료, 관리 및/또는 비용 지불을 위해

또는

☐ 다음 이유로:

본 승인은 위에 명시된 목적 이외의 목적에 대해서는 유효하지 않습니다.

파트 E. 본 승인의 만료일

본 승인은 다음 목적을 위해 PHI를 공유하는 것에 대해 유효합니다. (한 개 박스에 체크 표시하십시오.)

☐ 본인의 PerformCare 보험 만료일로부터 1년 후에 본 승인이 만료되기를 원합니다. (아래 정보를 참조하십시오)*

또는

☐ 다음 날짜에 또는 다음 사건 또는 조건 발생 시*:

* PerformCare는 반드시 본 승인을 취소하는 사건/조건에 대해 통보를 받아야 합니다. North Carolina와 New Jersey의 경우, 본 승인은 귀하가 더 이른 날짜를 선택하지 않는 한 본 승인서의 서명 날짜로부터 1년 후에 자동으로 만료됩니다. New Hampshire의 경우, 본 승인은 귀하가 더 이른 날짜를 선택하지 않는 한 본 승인서의 서명 날짜로부터 2년 후에 자동으로 만료됩니다. Louisiana의 경우, 기본 정보의 공유를 요청할 경우, 귀하가 더 이른 날짜를 선택하지 않는 한 본 승인서의 서명 날짜로부터 60일 후에 만료됩니다. District of Columbia의 경우, 정신 건강 정보의 공유를 요청할 경우, 귀하가 더 이른 날짜를 선택하지 않는 한 본 승인서의 서명 날짜로부터 1년 후에 만료됩니다.

파트 F. 승인: (귀하 또는 귀하의 개인 대리인이 본 양식을 서명하고 날짜를 기입해야 양식이 완전히 작성된 것으로 간주됩니다.)

본인은 본인의 PHI 공유에 대한 본 승인은 자발적이며, PerformCare에 등록, 혜택에 대한 자격, 또는 보험 청구 지불에 대한 조건이 아님을 이해합니다. 본인은 언제든지 PerformCare에 요청서를 제출하여 본 승인을 취소할 수 있으며, 본 승인의 취소가 취소 요청 전 승인에 따라 취한 어떠한 조치에도 영향을 주지 않는다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 본인이 본 승인을 취소할 경우, 상기에 명시된 사람 또는 조직이 더 이상 본인의 PHI를 공유하는 않도록 하기 위해서는 해당 사람 또는 조직에 별도로 통보해야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 상기에 명시된, 본인의 PHI를 수취하도록 승인한 사람 또는 조직이 건강 정보에 대한 연방 또는 주 개인정보보호법의 지배를 받지 않는 경우, 그들이 본인의 PHI를 추가적으로 공유할 수 있으며 해당 정보가 더 이상 연방 또는 주 개인정보보호법에 의해 보호받을 수 있다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 본인 또는 본인의 개인 대리인이 본 양식의 사본을 받고 본 승인으로 인해 공유될 수 있는 본인의 PHI를 검토할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다.

가입자 서명: 본인은 아래에 서명함으로써 아래 명시된 바와 같이 본인의 PHI 공유를 승인합니다.	
가입자 서명(만 14세 이상) 또는 부모 서명:	날짜:

개인 대리인 정보: 본인은 아래에 서명함으로써 아래 명시된 바와 같이 가입자의 PHI 공유를 승인합니다. (개인 대리인은 미성년자의 부모 등 어느 한 개인을 대신하여 행동을 취하도록 법적 승인을 받은 사람을 의미합니다. 반드시 본 양식과 함께 위임장 또는 기타 법적 서류의 사본을 PerformCare에 제출하셔야 합니다.)	
개인 대리인 이름(정자로 기입):	
대리인 주소:	
개인 대리인 권한 설명:	
개인 대리인 서명:	
날짜:	전화번호:

작성한 승인서를 다음 주소로 발송해 주십시오:
Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092
팩스 번호: 1-833-214-2242(수신자 부담)

건강 정보 공개 승인서 부록

구두 승낙

서명자인 우리는 상기 섹션 A에 명시된 가입자가 **신체적으로 본 승인서를 서명할 수 없음**을 증명합니다. 구두 승낙은 타인이 가입자의 개인 대리인임을 밝히는 것을 문서화하는 것의 조건을 대체하지는 않으며, 단지 가입자가 서명을 하는 것이 불편하다고 해서 본 문서화를 대체할 수 없습니다.

이유:

아래의 서명은 다음을 나타냅니다:

- 가입자에게 본 양식의 정보를 전달했습니다.
- 가입자가 본 승인서의 정보를 이해했음을 밝혔습니다.
- 가입자가 자발적으로 동의를 했습니다.

가입자에게 정보를 전달한 방법:

☐ 전화

☐ 직접

☐ 기타(자세히 적어 주십시오):

증인 이름(정자로 기입):	증인 이름(정자로 기입):
증인 서명:	증인 서명:
날짜: / /	날짜: / /

차별은 불법입니다

PerformCare 는 관련 연방 공민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. PerformCare는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 사람을 배제하거나 달리 대우하지 않습니다.

PerformCare 는 서비스 사용에 대한 언어적인 장애 요소를 New Jersey Children's System of Care를 통해 다음과 같이 해소합니다:

- 장애를 가지고 있는 사람들에게 무료로 도움과 서비스를 제공함으로써 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있게 하며, 이에는 다음과 같은 것들이 포함됩니다:
    - 타 형태(확대 문자, 음성 자료, 장애인 전용 전자 자료 및 기타 형태)로 되어 있는 문서.
    - 청각 장애인이나 난청인 또는 언어 장애가 있는 사람들이 전화로 의사소통을 할 수 있게 해주는 청각장애인 보조 기기(TDD) 및 문자 전화(TTY) 시스템과 같은 통신 기기.
- 영어가 주 언어가 아닌 사람들을 위해 무료로 제공되는 다음과 같은 언어 서비스:
    - 전문 통역 서비스.
    - 타 언어로 제공되는 정보 문서.

이러한 서비스가 필요하신 경우, PerformCare에 **1-877-652-7624**번 또는 청각 장애가 있으신 경우 **1-866-896-6975 (TTY)**번으로 연락주시기 바랍니다. 주 7일 24시간 도움을 받으실 수 있습니다.

만약 PerformCare가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 했다고 판단되시는 경우, PerformCare 서비스 품질 관리 부서에 **1-877-652-7624**번으로 연락하거나 다음 주소로 서신을 보내 불만사항을 제기하실 수 있습니다:

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

불만사항을 제기하는데 도움이 필요하신 경우, PerformCare의 서비스 품질 부서에서 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 측에 공민권에 대한 불만사항을 Office for Civil Rights Complaint Portal(**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**)을 통해 전자적으로, 또는 다음 연락처로 전화나 서신을 통해 제기하실 수 있습니다:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (**TDD**)

불만사항 제기 양식은 다음 주소에서 구하실 수 있습니다: **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**

Multi-language interpreter services

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975 :TTY).

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意：如果您说中文普通话/国语，我们可为您提供免费语言援助服务。请致电：**1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১**1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意：如果您使用粵語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:
توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں **1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).**

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).