MSSP - 보호 대상 건강 정보의 이용 및 공개에 대한 승인서

참여자 성명: _____ MSSP ID: _____

본인은 연방법, 주법 및/또는 지방 법령에 따라 보호되는 본인의 다음 정보를 아래 목적을 위해 MSSP가 수집, 제공, 사용 및 공개하는 것을 승인합니다.

☐ MSSP 서비스 이용 자격을 확인하기 위한 목적

☐ 사례관리 및 건강/심리사회적 평가를 제공하기 위한 목적

사용 또는 공개될 참여자의 보호 대상 건강 정보의 내용 해당되는 항목을 모두 체크하십시오.

☐ 신체적 부상, 질병 또는 건강 상태

☐ 정신적(심리적 또는 정신의학적) 질환 또는 건강 상태

☐ 알코올 남용 및/또는 약물 남용

☐ 현금 지원, 메디캘 혜택 또는 기타 사회복지 및·보건서비스를 받은 내역

☐ 기타 (선택한 경우, 내용을 기재하십시오): _____

정보를 공개하는 서비스 제공자 해당되는 항목을 모두 체크하십시오. 체크한 항목이 있는 경우에는, 해당 서비스 제공자명을 기재하십시오.

☐ 의료 서비스 제공자 및 시설: _____

☐ 사회복지 서비스 제공자: _____

☐ 카운티 IHSS 담당 직원을 포함한 메디캘 프로그램: _____

☐ IHSS 돌봄 제공자/서비스 제공자: _____

☐ 지역사회 지원 서비스 제공자: _____

☐ 금융 기관 및 금융 서비스 제공자: _____

☐ 기타 (서비스 제공자 유형 및 이름 기재): _____

☐ 기타 (서비스 제공자 유형 및 이름 기재): _____

정보를 공개하는 개인 (비공식 돌봄 제공자, 가족, 친구 등 참여자와 관련된 정보를 공유하거나 제공받을 수 있는 모든 개인을 포함). 해당되는 항목을 모두 체크하십시오. 항목에 체크한 경우, 해당 개인의 성명과 참여자와의 관계를 기재하십시오.

☐ _____ 관계: _____

☐ _____ 관계: _____

☐ _____ 관계: _____

☐ _____ 관계: _____

☐ _____ 관계: _____

☐ _____ 관계: _____

MSSP는 다음 목적을 위해 참여자의 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개합니다.

MSSP 서비스 이용 자격 확인, 참여자에 대한 사례관리와 건강·심리사회적 평가 실시, 직원의 행정업무 수행, 참여자의 요청에 따른 업무 처리 목적.
본인은 이 승인서와 관련하여 다음과 같은 권리가 있음을 이해합니다.

1. MSSP 서비스 제공기관 _____은(는) 본인의 보호 대상 건강 정보의 수령자로서 해당 정보를 추가로 공개할 수 없습니다. 다만, MSSP 서비스 제공기관 _____이(가) 본인으로부터 별도의 승인을 받았거나 해당 공개가 법률에 따라 허용되는 경우는 예외로 합니다.

2. 본인은 치료(즉, 서비스)나 비용 지급 또는 혜택 수급 자격을 받기 위한 조건으로 이 승인서에 서명해야 하는 것은 아님을 이해합니다.

3. MSSP 서비스 제공기관 _____은(는) 본인에게 이 승인서의 사본을 제공할 거입니다.

4. 본인은 서명된 서면 철회서를 우편으로 보내거나 직접 전달하여 언제든지 MSSP 제공기관 _____에 제출하여 언제든지 이 승인서를 철회할 수 있습니다. 이러한 철회는 철회서를 받은 시점부터 효력이 발생합니다. 단, MSSP 서비스 제공기관 _____이(가) 이 승인서에 근거하여 이미 조치를 취한 범위는 제외됩니다. 이러한 철회는 본인이 보호 대상 건강 정보의 공개를 서면으로 다시 승인할 때까지 계속 효력을 유지합니다. 단, 법률에 따라 보호대상 건강 정보의 공개가 요구되거나 허용되는 경우는 예외입니다.

5. 본인은 이 양식에 기재된 수령자에게 이 정보가 공개되면, 해당 정보는 더 이상 연방 개인정보 보호법(HIPAA)의 보호를 받지 않을 수 있으며, 수령자가 해당 정보를 다른 사람에게 추가로 공개(즉, 재공개)할 수 있음을 이해합니다. 다만, 주법 또는 다른 연방법에 따라 수령자가 해당 정보를 추가로 공개하기 전에 본인의 승인을 받아야 하는 경우가 있을 수 있습니다.

6. 본인은 이 승인서가 본 승인일로부터 2년이 지나면, 본인이 별도로 철회를 요청하는지 여부와 관계없이 자동으로 만료됨을 이해합니다.

7. MSSP 서비스 제공기관 _____은(는) 본인의 허락없이 보호 대상 건강 정보를 마케팅 목적으로 사용하거나 공개하지 않으며, 보호 대상 건강 정보의 사용 또는 공개와 관련하여 어떠한 대가도 받지 않습니다.

이 승인서는 **서명일로부터 2(이) 년이 지나면*만료됩니다.*** *서비스 제공자 또는 개인에 대한 승인 권한을 만료일 이전에 철회하려는 경우에는 해당 제공자 또는 개인 옆의 만료일 표시 부분에 본인의 이니셜과 날짜를 기재하십시오.*

확인 및 동의:

_____ _____ _____

정자체 성명 **서명** **날짜**

개인의 대리인이 서명하는 경우:

_____ _____

관계 **전화번호**

대리인 유형:

☐ 재산관리인 ☐ 지속적 및/또는 의료 위임장

☐ 기타: _____