

MSSP - 사용 및 공개 승인 보호 대상 건강 정보

참가자 이름: _____ MSSP#: _____

본인은 MSSP 가 MSSP 서비스에 대한 본인의 적격성을 결정하고 돌봄 관리 및 건강/심리사회적 평가를 제공하고, 이와 관련된 행정적인 기능을 수행하기 위한 목적으로 연방, 주 및/또는 지역 법률에 따라 보호받는 본인에 대한 다음의 정보를 MSSP 가 확보, 양도, 사용 및 공개하는 것을 승인합니다.

사용 또는 공개할 참가자의 보호 대상 건강 정보에 대한 세부 설명. 해당 사항을 모두 체크합니다.

신체적 상해, 질병 또는 상태

정신(심리적 또는 정신과적) 질병 또는 상태

알코올 남용 및/또는 약물 남용

제공 받은 현금 지원, Medi-Cal 혜택 또는 기타 사회 서비스 및 건강 서비스

기타(선택한 경우 추가 설명 필수): _____

제공자 공개. 해당 사항을 모두 체크합니다. 상자에 체크한 경우, 제공자를 기입합니다.

의료 제공자 및 시설: _____

사회 서비스 제공자: _____

Medi-Cal 프로그램(IHSS 포함): _____

지역사회 지원 제공자: _____

금융 기관 및 제공자: _____

기타(제공자 유형 및 이름 나열): _____

기타(제공자 유형 및 이름 나열): _____

개인 공개. 해당 사항을 모두 체크합니다. 상자에 체크한 경우, 해당인과의 관계 및 이름을 입력하십시오.

참가자의 보호 대상 건강 정보는 MSSP 에서 다음 목적을 위해 사용 또는 공개하고 있습니다.

참가자의 MSSP 참가 자격 결정, 돌봄 관리, 건강/심리사회 평가 및 직원의 행정 관리 목적으로 사용 또는 공개합니다.

본인은 이 승인과 관련하여 다음과 같은 권리가 있음을 이해합니다.

1. 보호 대상 건강 정보의 수신자인 _____ **[Name of MSSP site]**
 은(는) _____ **[Name of MSSP site]** 이(가) 본인으로부터 다른
 승인을 득했거나 정보 공개가 법으로 허용된 경우가 아니면 해당 정보를 더 이상
 공개할 수 없습니다.

- 2. 본인은 치료(즉, 서비스) 또는 지원금 또는 수혜 자격을 얻기 위한 조건으로 이 승인서에 서명할 것을 요구 받지 않습니다.
- 3. _____ **[Name of MSSP site]** 에서 이 승인의 사본을 귀하께 제공할 예정입니다.
- 4. 본인은 서명된 철회 통지서를 _____ **[Name of MSSP site]** 에 우편으로 송부하거나 직접 전달하여 언제든지 이 승인을 철회할 수 있습니다. 해당 철회 요청은 접수되었을 때 부터 유효합니다. _____ **[Name of MSSP site]** 이(가) 승인에 근거하여 이미 조치를 취한 경우는 예외입니다. 철회 요청은 본인이 서면으로 보호 대상 건강 정보의 공개를 승인하기 전까지는 유효합니다. 보호 대상 건강 정보의 공개가 법에 의해 요구되거나 허용되는 경우는 예외입니다.
- 5. 본인은 이 승인이 승인 날짜로부터 2 년 후에 자동 만료된다는 것을 이해합니다. 이는 본인의 기타 철회 요청과는 무관하게 적용됩니다.
- 6. _____ **[Name of MSSP site]** 은(는) 보호 대상 건강 정보를 마케팅 목적으로 사용하거나 공개하지 않으며, 본인의 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개하는 댓가로 보상을 받지 않습니다.

이 승인은 **[specific date]** _____ 또는 서명 날짜로부터 2 년 후에 만료됩니다. 만료일 이전에 제공자 또는 개인의 승인을 취소해야 하는 경우에는 제공자/개인 옆에 만료일자를 기입하고 이니셜을 기입합니다.

수락 및 동의:

이름 기입	서명	날짜

개인의 대리인이 서명한 경우:

관계	주소	전화