

## 비공개 건강 정보 사용 및 공개 승인 양식

본 양식의 파트 I 는 L.A. Care 로 하여금 귀하의 비공개 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 사용 또는 다른 사람들과 공유할 수 있게 합니다. 본 양식의 파트 II 는 귀하가 귀하를 대신할 사람을 지목하도록 합니다. 본 양식을 작성하셔서 위의 주소로 보내주십시오.

### 파트 I

섹션 A: 가입자 정보		
가입자 이름:		
가입자 주소:		
시:	주:	우편번호:
생년월일:		
가입자 ID 번호:		
전화번호:		
섹션 B: PHI 사용/공개 승인		
<p>섹션 B 를 작성함으로써 본인은 L.A. Care 와 그 계열사들이 본인의 PHI 를 사용 또는 아래 기재된 사람 또는 단체와 공유하는 것을 승인합니다. 본인은 이 양식에 본인이 서명하고 반송하면 이 승인이 발효된다는 것을 알고 있습니다.</p>		
이름:		
기관 이름(해당되는 경우):		
주소:		
시/주/우편번호:		
생년월일:		
전화번호:		

### 섹션 C: 정보의 유형

섹션 C를 작성함으로써 본인은 L.A. Care와 그 계열사들에게 어떤 유형의 PHI를 사용하거나 섹션 B에 기재된 이름/단체와 공유할 수 있는지 알려줍니다. (해당되는 것을 모두 고르시오.)

- 의료 정보(예: 승인 요청, 치료 관리 기록 등)
- 클레임 정보(예: 약국, 병원, 또는 의료 제공자 클레임 기록 등)
- 재정 정보(예: 보험료 지불 정보 등)
- 가입 정보(예: 가입 양식, 가입 날짜 등)
- HIV 검사 결과
- 정신 건강 치료 정보
- 알코올/약물 치료 정보
- 기타 (기재하십시오):

### 섹션 D: 목적

PHI를 사용 또는 공유하는 목적 또는 이유를 설명하십시오.

- 법적 사용
- 보험
- 개인적인 사용
- 기타 (기재하십시오):

### 섹션 E: 만료 날짜

섹션 E를 작성함으로써 본인은 L.A. Care가 언제부터 본인의 PHI를 사용 또는 다른 사람들과 공유할 수 없다는 것을 알려줍니다. (하나를 고르시오).

- 오늘 날짜로부터 일 년 이후.
- 본인의 탈퇴 후 또는 L.A. Care의 보험이 더는 적용되지 않은 이후
- 오늘 날짜로부터 (달, 일 및 연도):

### 섹션 F: 철회 권리

귀하는 본 승인을 언제든지 중지할 수 있습니다. 그러기 위해서 다음으로 서신을 보내주십시오.

#### Member Services

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
무료 팩스: 1-844-657-7272

본 승인을 중지하기 위해 서신을 보내는 것으로 L.A. Care가 서신을 받기 전 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하는 것을 변경할 수 없습니다.

### 섹션 G: 제한사항

L.A. Care에서 PHI를 받는 사람은 이를 다른 사람들에게 보여줄 수 있습니다. 이 경우, 귀하의 PHI는 더 이상 건강 보험 이전과 책임에 관한 법(HIPAA)의 개인정보 보호 규정의 보호를 받지 않습니다.

### 섹션 H: 가입자의 권리

귀하는 본 승인으로 인해 사용 또는 공유되고 있는 귀하의 PHI의 사본을 받거나 열람할 수 있는 권한이 있습니다. 귀하는 본 승인을 언제든지 중지할 수 있습니다. (섹션 F를 참조).

귀하는 본 양식을 작성하지 않아도 됩니다. 본 양식을 작성하지 않아도 L.A. Care에 등록하고 혜택을 받거나 귀하의 클레임에 대한 지불을 받는 데에는 영향을 미치지 않습니다.

귀하는 본 승인의 복사본을 받을 권리가 있습니다.

### 섹션 I: 서명

섹션 I에 서명을 함으로써 본인은 L.A. Care가 섹션 C에 체크된 PHI를 섹션 B에 있는 사람/단체와 공유할 수 있게 합니다.

오늘 날짜:

가입자 또는 개인 대리인 서명:

대리인인 경우, 가입자와의 관계:

### 중지

귀하가 L.A. Care에서만 섹션 B에 있는 이름/단체와 PHI를 공유하기를 원한다면 섹션 I에 서명한 후 본 양식을 L.A. Care 개인 정보 담당자에게 오른쪽 상단에 기재되어 있는 주소로 보내주십시오.

또한 다른 사람이 귀하를 대신하길 원하는 경우 (예를 들어 귀하의 담당 의사 변경 또는 불만제기에 대한 지원) 다음 장으로 넘어가십시오.

## 파트 II

파트 II는 가족과 같은 다른 사람을 지명하여 귀하가 할 수 있음에도 귀하를 대신해 행동하도록 합니다. 다른 사람이 귀하를 대신해 행동하기를 원치 않는 경우, 하지만 그들과 PHI를 공유하는 것은 괜찮은 경우 파트 I만 작성하고 오른쪽 상단에 있는 주소로 보내주십시오.

### 섹션 J: 본인의 대리인 승인

섹션 J를 작성하면 본인은 이 사람(들)이 본인을 대신해 섹션 K에 있는 일들을 해줄 수 있도록 합니다. 본인은 본인이 본 양식에 서명하고 보낼 때 이 임명 내용이 시작됨을 알고 있습니다.

이름: \_\_\_\_\_

기관 이름(해당되는 경우): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시/주/우편번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_

기관 이름(해당되는 경우): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시/주/우편번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

### 섹션 K: 지명인 의무

섹션 K를 작성하면 본인은 섹션 J에 있는 사람(들)이 본인을 대신해 다음 사항들을 변경할 수 있도록 합니다. (해당되는 것을 모두 고르시오).

- 의료 정보(예: 승인 요청 도움, 치료 관리 등)
- 클레임 정보(예: 클레임 문제 도움 등)
- 재정 정보(예: 보험료 지불 정보 변경 등)
- 가입 정보(예: 의료 제공자, 의료 그룹, 또는 건강플랜 변경 등)
- 기타 (기재하십시오):

### 섹션 L: 임명 만기 날짜

섹션 L을 작성함으로써 본인은 L.A. Care가 섹션 J에 있는 사람(들)이 더 이상 본인을 대신해 행동하지 않는다는 것을 알려줍니다. (하나를 고르시오).

- 섹션 J에 있는 사람은 오늘 날짜로부터 일 년 이후에는 더 이상 본인을 대신해 행동하지 않습니다
- 섹션 J에 있는 사람은 본인의 탈퇴 후 또는 L.A. Care의 보험이 더 이상 적용되지 않은 이후에는 더 이상 본인을 대신해 행동하지 않습니다
- 섹션 J에 있는 사람(들)은 다음 날짜부터 더 이상 본인을 대신해 행동하지 않습니다(월, 날짜 및 연도):

### 섹션 M: 제한사항

본 양식의 파트 I 을 작성함으로써 L.A. Care 가 귀하의 PHI 를 공유하도록 합니다. 본 양식의 파트 II 를 작성함으로써 섹션 J 에 기재된 사람(들)이 귀하를 대신해 행동하도록 합니다. L.A. Care 는 섹션 J 에 기재된 사람(들)이 귀하를 대신해 행동하도록 하기 전에 귀하의 승인을 귀하에게 요청하지 않을 수 있습니다.

### 섹션 N: 철회 권리

귀하는 섹션 J 에 있는 사람(들)이 귀하를 대신해 행동하는 것을 언제든지 중단할 수 있습니다. 그러기 위해서 다음으로 서신을 보내주십시오.

#### Member Services

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
무료 팩스: 1-844-657-7272

### 섹션 O: 서명

섹션 O 에 서명하면 본인은 섹션 J 에 있는 사람(들)이 섹션 K 에 있는 의무를 본인을 대신해 행동하도록 허락합니다.

오늘 날짜:

가입자 또는 개인 대리인 서명:

대리인인 경우, 가입자와의 관계: