

정보 공유 허가
Oregon Health Plan 건강 관련 사회적 필요 서비스

이름:	성:	생년월일(월월/일일/년년년년)	
우편 주소:	도시:	주:	우편번호:
전화번호:	이메일:	OHP Medicaid ID:	

Oregon Health Plan (OHP)은 건강 관련 사회적 필요(Health-Related Social Needs, HRSN) 서비스를 귀하에게 무료로 제공합니다. HRSN 서비스는 다음과 같은 물품과 지원입니다.

- 에어컨
- 의약품용 미니 냉장고
- 귀하의 건강 상태에 대한 특별 식사
- 거주 지원

HRSN 서비스 제공자는 HRSN 서비스를 제공하는 단체나 사람들입니다. 귀하가 이 양식을 기재하고 아래 서명하는 경우, 귀하는 아래를 허가(허용)하게 됩니다.

- 귀하의 건강 정보 및 기타 기밀 정보는 아래 파트 1에 있는 목적만을 위해 공유됩니다.
- 귀하의 정보를 공유하는 특정 단체 및 사람들. 이들은 HRSN 서비스 마련에 필요한 최소의 양을 공유해야 합니다.

이 양식에 서명하는 것은 다음에 **해당하지** 않습니다.

- 누구나 귀하의 정보를 경찰 또는 이민국과 공유하도록 허용함.
- 귀하가 일체의 HRSN 혜택에 대해 지불하는 것을 동의한다고 의미함.

파트 1. 정보 공유의 목적.

서명함으로써, 귀하는 다음을 위해 귀하의 건강 정보 및 기타 기밀 정보를 공유하도록 허가(허용)합니다.

- (a) 귀하가 HRSN 서비스에 적합한지 결정합니다.
- (b) HRSN 서비스에 귀하를 의뢰하고, 귀하가 이에 접근하거나 제공받을 수 있도록 돕습니다.
- (c) 귀하를 위한 HRSN 서비스를 식별, 지원, 협조, 변경 및 지불합니다.

파트 2. 공유되는 정보의 유형.

서명함으로써 귀하는 파트 1에 있는 목적을 위해 필요한 바에 따라 귀하에 대한 다음 유형의 정보를 공유하도록 허가(허용)합니다. 이 정보는 필요할 때만 공유됩니다.

- (a) 인구 통계 정보. 다음과 같은 사람들이 이러한 범주에 속합니다.
 - 이름
 - 연령
 - 생년월일
 - 주소
 - 연락처 정보,
 - 서비스에 접근하기 위해, 다른 언어나 형식으로 도움과 같이, 접근이 가능하도록 하는 데 필요한 모든 사항. 이는 귀하의 언어나 문화를 이해하는 HRSN 서비스 제공자에게 귀하를 연결시키는 데 도움이 될 수 있습니다.
- (b) 특정 보호대상 건강 정보(PHI). 이에 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 귀하의 Medicaid(OHP) 적합성
 - 귀하의 병력:
 - 실험실 검사 결과
 - 의약품 사용
 - 건강 상태,
 - 치료,
- (c) HRSN-특정 정보. 다음과 같은 사람들이 이러한 범주에 속합니다.
 - 건강 상태 또는 생활 환경 등 귀하가 HRSN 서비스에 적합한 이유
 - 귀하가 받을 수 있는 HRSN 서비스,
 - 귀하와 협력하는 HRSN 서비스 제공자.
- (d) 정신 건강 정보. 이에 다음이 포함될 수 있습니다.

- 귀하의 정신 건강 진단 및 치료. 이는 필요할 때만 공유될 것입니다. 이는 심리치료 기록지를 포함하지 않습니다. 귀하는 이러한 기록지에 대한 추가 동의를 제공해야 합니다.

(e) 물질 사용 장애 정보. 이에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 귀하의 현재 및 과거 알코올 또는 약물 사용
- 진단
- 의약품,
- 외래 및 거주 치료 프로그램,
- 귀하의 알코올 또는 약물 사용에 영향을 미쳤거나 영향을 미치는 귀하가 경험한 외상에 대한 정보.

연방 물질 사용 기밀유지 규정(42 C.F.R. 파트 2)를 준수해야 하는 제공자로부터의 귀하에 대한 물질 또는 알코올 사용 장애 정보는 이 양식의 마지막에서 귀하가 상자에 체크 표시한 경우에만 공유될 수 있습니다.

(f) 거주 정보. 이는 귀하의 거주에 대한 다음 사항이 포함됩니다.

- 상태
- 이력,
- 지원.

파트 3. 귀하의 정보를 공유하거나 접하는 간병 파트너.

서명함으로써, 귀하는 귀하의 정보를 공유하거나 접할 수 있는 다음 간병 파트너를 허가(허용)합니다.

- 귀하의 다음 사항에 관여하는 사람들 및 단체:
 - 의료 서비스,
 - HRSN 서비스,
 - 간병 코디네이터.

이들은 이 양식의 파트 1에 기재된 목적으로만 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 간병 파트너 및 그 계약자는 귀하의 정보 보호 및 귀하의 정보 공유에 대한 모든 법률을 준수하는 데 동의합니다. 귀하의 간병 파트너는 다음을 포함할 수 있습니다.

- (a) 의료 서비스 제공자. 이에는 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 병원
 - 의료기관
 - 의사
 - 약국
 - 치과의사,
 - 행동 건강 제공자.
- (b) 오리건주 보건 당국(OHA)
- (c) OHA의 시행자, Acentra Health, OHP “오픈 카드”(서비스에 대한 요금) 혜택 및 지불.
- (d) HRSN 혜택 하에서 에어컨 장치와 같은 HRSN 서비스 또는 물품을 배달하거나 제공할 수 있는 HRSN 서비스 제공자 및 업체. 부록 A에 이러한 제공자들이 나열됩니다.

파트 4. 허가 기간. 허가는 귀하가 이 양식에 서명한 후 다음 중 하나가 발생할 때까지 유효합니다.

- (a) 귀하가 이 양식에 서명한 날짜로부터 12개월 경과함.
- (b) 귀하는 이 양식을 철회(취소)할 수 있습니다. 다음 방법 중 어떤 것을 통해서라도 제출하실 수 있습니다.
 - 1-888-834-4304로 전화하기
 - ORHRSN@kepro.com으로 이메일을 보내거나,
 - 1- 833-551-2607로 팩스 전송하기.
- (c) 귀하는 이 양식을 변경할 수 있습니다. 새로운 양식은 귀하에게 변경사항을 전송한 날짜부터 유효합니다. 다음 방법 중 어떤 것을 통해서라도 제출하실 수 있습니다.
 - 1-888-834-4304로 전화하기
 - ORHRSN@kepro.com으로 이메일을 보내거나,
 - 1- 833-551-2607로 팩스 전송하기.

파트 5. 귀하의 권리. 서명함으로써, 귀하는 다음을 이해하고 이에 동의하는 것입니다.

- (a) 귀하는 다음 방법 중 어떤 것을 통해서라도 이 양식을 철회(취소)하거나 변경할 수 있습니다.
 - 1-888-834-4304로 전화하기
 - ORHRSN@kepro.com으로 이메일을 보내거나,
 - 1- 833-551-2607로 팩스 전송하기.
- (b) 귀하가 이 양식을 철회(취소)하더라도, 간병 파트너는 이미 공유, 재공유 또는 수령된 어떠한 정보도 중단하거나 삭제할 수 없습니다.
- (c) 귀하는 이 양식의 사본을 받을 권리가 있습니다.
- (d) 귀하의 간병 파트너는 다른 사람들이나 단체와 귀하의 정보를 공유 및 재공유할 수 있습니다. 그러나, 이들은 법률이 허용하는 바에 따라 또는 이 양식에서 명시된 바에 따라서만 그렇게 할 수 있습니다.
- (e) 귀하는 귀하의 정보를 수령한 간병 파트너의 목록을 받을 수 있습니다. 다음 방법 중 어떤 것을 통해서라도 이 목록을 요청할 수 있습니다.
 - 1-888-834-4304로 전화하기
 - ORHRSN@kepro.com으로 이메일을 보내거나,
 - 1- 833-551-2607로 팩스 전송하기.

귀하가 이 양식에 꼭 서명해야 하는 것은 아닙니다. 귀하가 이 양식에 서명하지 않는 경우, 귀하의 오픈 카드 팀은 귀하에게 HRSN 서비스 허가 승인의 사본을 제공할 것입니다. 귀하는 승인된 서비스를 위해 HRSN 서비스 제공자에게 직접 요청해야 할 것입니다.

귀하가 이 양식에 서명하지 않기로 선택하더라도, 귀하는

- 귀하의 모든 혜택, 치료 또는 간병을 받을 것입니다.
- HRSN 서비스에 대해 귀하가 승인되었는지 거절되었는지 여부에 대한 결정을 받을 것입니다.
- HRSN 서비스에 대해 지불할 필요가 없을 것입니다.

이 양식에 서명함으로써, 본인은 이 양식의 파트 1에 있는 목적을 위해 본인의 건강 정보 및 기타 기밀 정보를 본인의 간병 파트너가 사용하고 공유하는 것을 허가(허용)합니다.

본인이 이 양식에 본인의 전화 번호를 나열할 의향이 있는 경우, 본인은 본인의 간병 파트너로부터 문자나 전화를 받는 데 동의합니다(표준 문자 및 데이터 요금이 적용될 수 있음). 본인의 간병 파트너는 다음에 대해 본인에게 알리기 위해 이 번호로 문자를 보내거나 전화할 수 있습니다.

- 본인의 동의 선택 및
- 본인의 정보가 공유될 수 있는 방식.

이 상자에 체크 표시함으로써, 본인은 연방 물질 사용 기밀유지 규정(42 C.F.R. 파트 2)의 적용을 받는 제공자 출처 본인에 대한 물질 사용 장애 정보를 공유하도록 허가(허용)합니다.

귀하가 스스로 서명하는 경우, 첫 줄에 기입하십시오. 귀하가 다른 사람을 위해 서명하는 경우, 두번째 및 세번째 줄에 기입하십시오.

가입자 이름:	가입자 서명:	날짜(월월/일일/년년년년):
대리인 이름:	대리인 서명:	날짜(월월/일일/년년년년):
가입자와 대리인의 관계 또는 가입자 서명 권한 설명:		

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 다른 선호하는 형태로 무료로 제공받을 수 있습니다. chelsea.egbert@oha.oregon.gov 또는 503-945-5772(음성 또는 문자)로 Chelsea Egbert에게 연락하십시오. 저희는 모든 중계 통화를 허용합니다.