

**적절한 편의 제공 요청 양식
(Korean)**

지침: 의뢰인은 **섹션 I**을 작성한 후 해당 양식을 모든 증빙서류와 함께 프로그램/시설 책임자 또는 이에 준하는 담당자("책임자")에게 제출해야 합니다. DHS 및 제공 직원은 요청인이 해당 양식을 작성하는 데 도움을 제공해야 합니다.

섹션 I: (아래는 반드시 의뢰인이 또는 의뢰인과 함께 작성해야 합니다.)

이름: _____

시설/프로그램: _____

의뢰인 ID/SSN: _____ 전화번호: _____

요청하려는 편의 사항을 설명해 주십시오(모든 증빙서류 첨부).

Section II Instructions: Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete **Section II**, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

Section II: (To be completed by the Facility Director or designee.)

Name/Title: _____

Facility/Program: _____

Address: _____

Phone: _____ Date Received: _____

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: _____

After completing, provide a copy of this form to the client.
(다음 페이지로 이어짐)

개인 건강 정보 공개를 위한 HIPAA 승인서

의뢰인 이름	_____	
생년월일	_____ 사건 ID 번호	_____
소셜시큐리티번호 마지막 4자리	_____	

본인 또는 본인의 지정 대리인은 본인의 진료 및 치료에 관한 건강 정보를 이 양식에 명시된 대로 공개하기를 요청하는 바입니다. 1996년 건강보험 양도 및 책임에 대한 법(the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)을 포함한 연방법, 주법 및 규정은 본인의 건강 정보(종합적으로 "건강 기록")의 기밀을 보장합니다.

서명에 앞서, 본인은 다음의 사항을 숙지하였습니다.

1. 본인의 건강 기록에는 기밀의 알코올 및 약물 남용, 정신과 치료(심리 치료 기록 제외), HIV 관련¹ 정보가 포함되어 있을 수 있습니다. 이 정보는 항목 8(a)의 해당 상자에 이니셜로 서명하는 경우에만 공개됩니다.
2. 귀하는 귀하의 동의 없이 귀하의 HIV 관련 정보를 입수 또는 이용할 수 있는 사람의 명단을 요청할 수 있습니다. 본인이 HIV 관련 정보의 공개로 인해 차별을 당한 경우, 뉴욕주 인권 부서(New York State Division of Human Rights)에 (212) 961-8650번, 또는 뉴욕 시 인권 위원회(New York City Commission on Human Rights)에 (212) 306-7450번으로 연락하실 수 있습니다. 해당 기관은 귀하의 권리를 보호할 책임이 있습니다.
3. 이 양식에 서명하는 것은 자발적 행위입니다. 본인이 서명하지 않아도, 본인의 치료, 치료 제공자에 대한 지급 내용, 의료보험 가입, 보호소 거주 자격은 영향을 받지 않습니다. 하지만 서명을 하지 않고 편의 제공 요청서와 함께 제출하지 않으면, 본인의 편의 제공 요청은 거부당할 수 있습니다. 이는 뉴욕시 노숙자 서비스 부서(NYC Department of Homeless Services, DHS)가 검토할 증빙서류 및 정보가 없기 때문입니다.
4. 본인은 해당 정보가 이미 공개된 경우가 아니라면 언제든지 결정을 바꿀 수 있습니다. 그 경우, 본인은 보호소 또는 시설 감독에게 서면으로 이 사실을 전달해야 합니다.
5. 본 동의서 하에 공유되는 본인의 건강 정보는 DHS에 의해 재차 공개될 수 있습니다. 이 정보는 더 이상 연방법 또는 주 정부 법으로 보호를 받지 못할 수 있습니다.

(다음 페이지로 이어짐)

¹ 인간 면역 결핍 바이러스(Human Immunodeficiency Virus)는 에이즈(AIDS)를 유발합니다. 뉴욕주 공공보건법에서는 HIV 증상을 보이거나 감염된 사람의 신원을 적절히 확인할 수 있는 정보 또는 해당인의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.

건강 정보 공유 허가서

6. 본 정보를 공개하는 의료 제공자 또는 기관의 이름 및 주소:

7. 본 의료 제공자는 이 정보를 다음에 전송합니다: **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8(a). 공개 대상 정보: 서명 날짜로부터 과거 1년 동안의 의료 기록. 포함된 내역(이니셜로 표시):

알코올/약물 치료 정신 건강 정보 HIV 관련 정보

8(b). 여기에 이니셜을 적음으로써 _____, 본인은 _____ 이/가
(이니셜) (개별 의료서비스 제공자의 이름)

본인의 건강 정보를 뉴욕 사회 복지 부서와 논의하는 것에 동의합니다.

9. 정보 공개 사유: 편의 제공 요청만을 목적으로 하며 환자 요청에 의거.

10. 만료일: 서명일로부터 1년

본인은 이 양식의 모든 항목을 작성하고 양식에 관한 질문에 대해 답변을 들었습니다. 본인은 양식의 복사본을 수령합니다.

환자 또는 법정 대리인의 서명

일자

환자가 아닌 경우, 개별 서명 양식의 이름을 지정하십시오

환자를 대리해 서명할 권한

연락 가능 전화번호

건강보험 양도 및 책임(HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY, HIPAA) 동의서 관련 정보 안내

본 FAQ에는
HIPAA 동의서에 관한 설명과
이러한 동의서를 작성하도록 요청하는 이유를
담았습니다.

HIPAA 동의서를 작성해야 하는 이유는 무엇인가요?

정당한 편의 제공 요청(Reasonable Accommodation Requests, RAR) 시에 승인 여부를 결정하기 위해 검토 과정을 거쳐야 하는 경우가 있습니다. "정당한 편의 제공" 관리국(Office of Reasonable Accommodations, ORA)에서는 귀하의 의료 서비스 제공자로부터 입수한 관련 정보를 검토하여 판단을 내립니다. HIPAA 동의서에 서명하면 ORA에서 귀하의 요청 승인을 결정하기 위해 더 자세한 정보가 필요한 경우, 귀하의 의료 서비스 제공자에게 문의하도록 허가하게 됩니다. 따라서 동의서에 서명하면 검토 절차에 소요되는 시간을 절약할 수 있습니다.

이 동의서를 사용해 어떤 정보를 수집하나요?

ORA에서는 귀하가 신청한 "정당한 편의"(Reasonable Accommodation, RA)와 관련된 정보만 요청합니다. 당국 직원은 동의서를 이용해 귀하의 요청과 무관한 각종 정보를 입수하기 위해 의료 서비스 제공자에게 정보를 문의하지 않습니다.

이 동의서는 어떻게 작성하면 되나요?

- HIPAA 동의서는 내용을 작성하고 서명한 후 날짜까지 기재해야 효력을 인정받습니다.
- HIPAA 동의서는 당사자가 서명한 날짜로부터 1년간 유효합니다.
- 본인이 동의서에 서명할 수 없는 경우, 지정 대리인이 대신 서명할 수 있습니다. 지정 대리인이 대신 서명하는 경우, 대리인의 권한을 입증하는 서류(예: 위임장이나 후견 의뢰서 등)를 제시해야 합니다.

(페이지 넘기기)

건강보험 양도 및 책임(HIPAA) 동의서 관련 정보 안내(계속)

ORA 에서 이 동의서를 사용해 내 의료 서비스 제공자에게 정보를 문의하는 것을 더 이상 원치 않으면 어떻게 하나요?

언제든 당국에 동의서 사용을 중단해달라고 요청하시면 됩니다. 다만 보호소 또는 시설 책임자에게 서면으로 의향을 알려주셔야 합니다.

참고: 의료 서비스 제공자로부터 정보를 얻는 데 당국의 도움을 원치 않는 경우 이 동의서에 서명하지 않아도 됩니다. 대신 의료 서비스 제공자로부터 직접 관련 정보를 얻어 편의 제공 신청서와 함께 제출하는 방법이 있습니다.

증빙서류가 없으면 어떻게 하나요?

RAR 과 함께 제출할 증빙서류가 없고 **HIPAA** 동의서를 작성하여 서명하지 않은 경우, 당국에서 검토할 증빙서류나 정보가 없다는 사유로 요청이 거부될 수 있습니다.

이 동의서에 관해 문의 사항이 있으면 어떻게 해야 하나요?

동의서에 관해 궁금한 점은 **DHS** 직원과 보호소 직원이 답해드릴 수 있으며, 작성 과정도 직접 도와드립니다.