

## HIPAA(OCA-960)에 따른 건강 정보 공개 허가서 작성에 대한 지침

본 지침은 HIPAA(OCA-960)에 따른 건강 정보 공개 허가서 작성에 도움을 드릴 것입니다. 양식의 각 행을 신중히 읽고 각 공란을 올바르게 기재하는 것이 중요합니다. 양식을 작성하지 않으면 HRA가 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다.

1. **MEDICAID** 가입자인 경우, HRA가 귀하의 Medicaid 기록을 다른 개인이나 조직에 제공하도록 허가하는 이 지침을 따르십시오. 명시된 항목을 제외한 모든 항목은 필수입니다.

- 맨 위 - 환자 이름, 생년월일, 사회 보장 번호 및 환자 주소를 묻는 공란에 해당 정보를 기재하십시오.
- 1-6행 - 읽고 숙지하십시오.
- 7행 - 의료 정보를 공개하는 의료 제공자 또는 기관의 이름과 주소: 정자체로 기입하거나 타자로 입력할 것, NYC HRA, 250 Church Street, 6th Floor, New York, NY 10013.
- 8행 - 이 정보를 받게 될 담당자의 이름 및 주소 또는 담당자의 소속: 정보를 얻으려는 개인 또는 단체(예: 법률 사무소)의 이름과 주소를 입력하십시오. 이것은 요청받은 기록을 보낼 곳입니다.
- 9행(a) - 공개하려는 구체적 정보: 당국에서 제공해도 되는 정보의 종류를 알려주십시오.

### 첫 번째 공란

- Medicaid 기록의 일부를 제공해도 된다고 허가하려면 첫 번째 공란(Medical 기록 시작)을 선택하고 시작일과 종료일을 기재하십시오.

### 두 번째 공란

- 귀하의 전체 Medicaid 기록을 제공해도 된다고 허가하려면 두 번째 공란(전체 의료 기록)을 선택하십시오. 및

### 기타 공란

- 1번 또는 2번 공란의 정보와 일치하지 않는 정보를 제공해도 된다고 허가하려면 "기타" 공란을 선택하십시오. 제공해도 좋은 정보에 대한 명확한 설명을 정자체로 기입하거나 타자로 입력하십시오.

**중요:** HRA가 귀하의 기록에 있을 수 있는 알코올 또는 약물 치료, 정신 건강 정보 또는 HIV 관련 정보를 제공하기를 원한다면 당국에서 공유하기를 원하는 항목 9(a)에 열거된 정보의 각 유형 옆에 귀하의 이니셜을 기입하십시오. 이러한 유형의 정보를 제공하지 않으려면 해당 줄을 비워 두십시오.

- **9행(b)** – 건강 정보 논의에 대한 허가(선택 사항):
  - HRA가 다른 사람과 귀하의 건강 정보를 논의할 수 있게 하려면 (b) 옆의 공간을 선택하고 첫 번째 줄에 이니셜을 기입하십시오.
  - "개인 건강 관리 제공자의 이름"이라는 줄에 "NYC HRA"라고 정자체로 기입하거나 타자로 입력하십시오.
  - 귀하의 정보에 관해 논의할 수 있는 개인, 변호사, 법률 사무소, 대행사 또는 단체의 이름을 정자체로 기입하거나 타자로 입력하십시오.
- **10행** - 정보 공개 이유: HRA가 귀하의 정보를 다른 사람에게 제공하기를 원하는 이유를 저희에게 알려주십시오. Medicaid 가입자는 항목 10의 첫 번째 공간을 선택하시면 됩니다. HRA가 다른 이유로 정보를 제공하기를 원한다면 "기타" 공간을 선택하고 해당 이유를 정자체로 기입하거나 타자로 입력하십시오.
- **11행** - 이 허가가 종료되는 날짜 또는 사건: 정보 제공을 중단해야 할 시점을 기재하십시오(예: "2030년 12월 31일" 또는 "소송 종료 시").
- **12행 및 13행은 생략**
- **맨 아래** - 서명 및 날짜를 기입하십시오.

2. **MEDICAID** 가입자의 대리인인 경우 HRA가 가입자의 Medicaid 기록을 다른 개인 또는 단체에 제공하도록 허가하는 이 지침을 따르십시오. 명시된 부분을 제외한 모든 항목을 작성하십시오.

- **맨 위**에는 해당 공간에 가입자의 이름, 생년월일, 사회 보장 번호 및 주소를 정자체로 기입하거나 타자로 입력하십시오.
- **1-6행**: 읽고 숙지하십시오.
- **7-11행**: 위의 섹션 1의 지시대로 작성하십시오.
- **12행** - 환자(가입자)가 아닌 경우 양식에 서명한 개인의 이름을 기재하십시오. 이름은 정자체로 기입하거나 타자로 입력하십시오.
- **13행** - 환자를 대신하여 서명할 권한: 가입자를 대신하여 서명할 권한을 알려주십시오. 서류 사본을 제공하십시오.

**중요:** 가입자가 서명하지 않았거나 서명할 수 없기 때문에 누군가 다른 개인이 가입자를 대신하여 서명할 경우 서명하는 해당 권리에 대한 적절한 증명을 제출해야 합니다. 권한 증명의 예로는 유효한 위임장,\* 행정 서한 또는 개인 및 보호자 위원회의 보호자 임명 법령이 있습니다.

3. **맨 아래** - 서명 및 날짜를 기입하십시오.

---

\* 2010년 9월 뉴욕주 일반 의무법(New York General Obligations Law) 개정안을 근거로 한 위임장(POA)은 원장 및 대리인이 서명한 경우에만 유효합니다. POA는 "원칙에 대한 주의 사항" 및 "대리인에 대한 중요 정보" 섹션 등 뉴욕주 일반 의무법(GOB) §5-1501 (B)에서 요구하는 언어를 포함해야 합니다. NY GOB § 5-1513 (2014)에서 발췌한 바와 같이 첨부된 견본 위임장, 뉴욕주 법정 약식을 참조하십시오.