

로스앤젤레스 카운티 정신 건강 국환자 권리처 사무실

비밀보장 원칙 환자 신상 자료: 복지 및 공공 기관법 5328 조 해당

수혜자/본인의 민원 양식

귀하는 언제든지 불평을 호소 할 수 있으며 본인을 대신해서 다른 사람에게 대리위탁시켜 할 수도 있다. 귀하는 환자 권리국 사무부에 불평 및 항의에 관해 서면 제출을 할 수 있는 권리가 있을 뿐만 아니라 Local Mental Health Plan 카운티 정신건강 플랜 (LMHP) 이 아래와 같은 경우를 야기 할 때에는 주정부 차원의 공정 청문회를 신청할 수 있는 권리도 있다.

1. 신청한 치료 서비스를 일부제한해서 허가 했거나 거부했을 경우
2. 종전에 허가한 치료 서비스를 일부 줄였거나 잠정적으로 또는 영구적으로 중단한 경우
3. 당국에서 치료서비스 지불을 일부 또는 전액을 거부 한 경우;
4. 치료 서비스 내용을 임의로 변경 했거나 허용된 기간내에 받지못하도록 거부당한 경우
5. 귀하가 제출한 일반적 불평호소나 일반적 항의 또는 긴급성 항의에 대한 처리를 법이 허용한 시일내에 처리를 안하는 경우

귀하가 메디칼 Medi-Cal 수혜자이신 경우 카운티 정신 건강 플랜의 수혜자로서 이미 민원을 신청한 경우에 한해서 주정부 공정 청문회 신청을 할 수 있다.

민원 신청인

성명	생년월일	메디-칼 #

주소	시	주	우편번호	자택전화

민원신청 대상

치료시설명\제공자\프로그램	전화

주소	시	주	우편번호

수혜자/본인 민원신고 허가 서식
(계속)

본인 건강 자료 공개 및 사용 허가
안내

귀하가 본 문건에 서명 하므로써 귀하는 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국 환자 권리처 사무국에 귀하가 제기한 민원신고 내용에 대해 조사를 하도록 허가를 하는 것입니다. 이 허가는 귀하의 자료 제공자들로 하여금 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국 환자 권리처 사무실에 귀하에 관한 모든 자료를 제공 하므로써 조사에 착수 할수가 있습니다. 그 자료는:

- 귀하의 과거와 현재의 의료 기록 외
- 귀하의 불평 및 항의성 민원에관계된 자료 내용또는 귀하의 수혜권리에
정지/거부등의 자료

유효 기일:

허가는 귀하가 제기한 민원이 해결되었을때 효력이 말소된다.

본 허가에 대한 귀하의 권리:

본 허가에 서명을 하실 경우 귀하는 필히 서명된 사본 한통을 받게된다.

귀하가 본 허가서에 서명을 안해도 무방하며, 서명거부를 했다고 해서 귀하가 치료 서비스를 받는데 어떤 영향도 미치지 아니한다.

본인의 건강정보자료 사용을 원치않을 경우 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국에 귀하는언제든지 통보해서취소할수있다. 본인은 허가 취소원에 서명을 한뒤 우편으로 취소 통보서를 아래 주소로 보내야 한다.

**County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients’ Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020**

귀하가 현재사용 허가를 취소했다고 할지라도 귀하가 과거에 사용허가를 이미해주셨든 이미 보관하고 있는 귀하의 건강정보자료는 당 사무살에거 법적인 한도내에서 계속 사용이 가능합니다.

수혜자/본인 민원신고 허가 서식

(계속)

허가 인정: 본 서식에 서명을 하므로써 본인은 위에 상술한 본인에대한 건강 정보의 공개 및 사용을 허가 한다. 따라서 본 허가서의 서명으로 인해 본인의 건강 정보의 공개 및 사용이 가능하나 그 이상의 정보공개나 사용이 불가피한 경우에는 법이 허용하는 범위내에서 또 다른 허가서를 반듯이 본인으로 부터 받아야만 된다.

본인 서명 또는 대리인 서명

일자

본인이 아닌 대리인이 서명시는
대리인과의 관계를 명기 할것

귀하에게는 무료로 언어 지원을 받을수 있는 권리가 보장된다.

환자 권리국 사무실로 전화를 해서 지원을 요청 할것:

(213) 738-4949 - 병원이 아닌 시설이나 종사원 상대 불평 및 항의성 민원의 경우

(213) 738-4848 또는 (800) 700-9996 - 병원 상대 불평 및 항의의 경우

- 본서식의 모든 사항단에 전부 기록하셨는지다시 점검하셨습니까?
- 본 서식에 쉽게연락이 될수있게 본인의 전화번호와주소를
지재하셨습니까?
- 페이지 2 의 민원신고 란관,이 페이지 윗부분 서명란에 꼭 싸인하는것
잊지마십시오

그리고 나서 아래의 주소로이서식을 우송 하시면됩니다.

County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

잊지마시고 우표를꼭 부치십시오.