



정신 건강 플랜(MHP)

수혜자 안내서

전문 정신 건강 서비스

2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

게시 날짜: 2023¹

¹ 본 안내서는 수혜자가 서비스를 처음 이용할 때 제공되어야 합니다.

목차

다른 언어 및 형식	1
일반 정보.....	2
개인 정보 보호 관행 고지.....	5
MEDI-CAL 프로그램에 대한 정보	15
본인 또는 지인에게 도움이 필요하다고 알리는 방법	19
전문 정신 건강 서비스 이용	21
의료 서비스 제공자 선택.....	27
서비스 범위	29
정신 건강 플랜(MHP)에 의한 불리한 혜택 결정	34
문제 해결 프로세스: 불만 사항 또는 이의 제기	37
불만 사항 처리 절차.....	39
이의 제기 절차(표준 및 신속).....	41
주 청문회 절차.....	45
사전 의료지시서	48
수혜자의 권리와 책임	49
<u>동봉 서류 1: 차별 금지 고지</u>	52
<u>동봉 서류 2: 언어 태그 라인</u>	55



다른 언어 및 형식

다른 언어

다른 언어로 작성된 본 수혜자 안내서(안내서) 및 기타 자료를 무료로 받을 수 있습니다. 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 라인 1-800-491-9099(TTY: 711). 전화 통화는 무료입니다.

Este folleto está disponible en Español

Tập sách này có bằng tiếng Việt

이 책자는 한국어로 제공됩니다.

這本手冊有中文版

这本手册有中文版

این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.

Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.

يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

다른 형식

본 정보를 점자, 18 포인트 글꼴 큰 활자 또는 오디오와 같은 다른 보조 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 라인 1-800-491-9099(TTY: 711). 전화 통화는 무료입니다.

통역 서비스

가족이나 친구를 통역사로 이용할 필요가 없습니다. 무료 통역사, 언어, 문화 서비스가 주 7 일, 하루 24 시간 제공됩니다. 본 안내서를 다른 언어로 받거나 통역사, 언어, 문화적 도움을 받으려면 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 라인 1-800-491-9099 에 전화하세요(TTY: 711). 전화 통화는 무료입니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

일반 정보

알라미다 카운티 행동 건강 의료 서비스에 오신 것을 환영합니다

중요한 전화 번호

응급 상황	911
알라미다 카운티 행동 건강 의료 서비스	(510) 346-1000 &
정신 건강을 위한 ACCESS 프로그램	1-800- 491-9099
TTY	711
알라미다 카운티 24 시간 무료 헬프라인(약물 사용 서비스)	(844) 682-7215
소비자 지원실(Consumer Assistance Office)	1-800-779-0787
환자 권리 옹호관	(510) 835-2505

본 안내서 용어:

ACBH	알라미다 카운티 행동 건강 의료 서비스
BHP	행동 건강 플랜 - 카운티 프로그램 및 클리닉 네트워크, 계약 커뮤니티 기반 조직, 병원, 다면적 제공자 네트워크 내에서 수행되는 전문 정신 건강 및 약물 사용 장애를 위한 ACBH 통합 서비스.
DMC-ODS	약물 Medi-Cal 체계적 전달 시스템
SSA	사회복지 서비스 기관(알라미다 카운티)
SMHS	전문 정신 건강 서비스
SUD 서비스	약물 사용 장애 서비스

본 안내서를 읽는 것은 왜 중요한가요?

본 안내서는 카운티 정신 건강 플랜을 통해 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 받는 방법에 대해 설명합니다. 본 안내서는 귀하가 혜택과 치료를 받을 수 있는 방법을 설명합니다. 또한 여러가지 질문에 대한 답을 드립니다.

다음은 알려드립니다.

- 전문 정신 건강 서비스를 이용하는 방법
- 이용할 수 있는 혜택
- 질문이나 문제가 있는 경우 해야 할 일



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

Medi-Cal 수혜자로서 귀하의 권리와 책임

지금 본 안내서를 읽지 않은 경우 나중에 읽을 수 있도록 이 안내서를 보관해야 합니다. 본 안내서 및 기타 서면 자료는 <https://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/>에서 전자적으로 이용할 수 있으며, 인쇄본은 알라미다 카운티 행동 건강에 무료로 요청할 수 있습니다. 인쇄본이 필요하신 경우 알라미다 카운티 ACCESS 라인 1-800-491-9099(TTY: 711)로 전화하시기 바랍니다.

본 안내서를 Medi-Cal에 가입할 때 받은 정보에 추가하여 사용하십시오.

본 안내서가 귀하의 언어 또는 다른 형식으로 필요하신가요?

영어 이외의 언어를 사용하는 경우 무료 구두 통역 서비스를 이용하실 수 있으며, 알라미다 카운티 ACCESS 라인으로 전화하시기 바랍니다. 정신 건강 플랜은 하루 24 시간, 주 7일 내내 이용할 수 있습니다.

본 안내서 또는 기타 서면 자료를 큰 활자, 점자, 음성 등의 대체 형식으로 원하시는 경우 정신 건강 플랜 1-800-491-9099(TTY: 711)로 문의하시기 바랍니다. 정신 건강 플랜에서 도움을 드릴 것입니다.

본 안내서 또는 영어 이외의 다른 언어로 된 기타 서면 자료를 원하시면 정신 건강 플랜에 문의하시기 바랍니다. 정신 건강 플랜에서 전화를 통해 귀하의 언어로 도움을 드립니다.

본 정보는 아래 나열된 언어로 제공됩니다.

- **Spanish:**
Este folleto está disponible en Español
- **Vietnamese:**
Tập sách này có bằng tiếng Việt
- **Korean:**
이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- **Chinese (Traditional):**
這本手冊有中文版
- **Chinese (Simplified):**
这本手册有中文版
- **فارسی (Farsi):**
این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.
- **Tagalog (Tagalog/Filipino):**
Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.
- **Arabic**
يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

정신 건강 플랜은 무엇을 보장하나요?

정신 건강 플랜은 다음을 책임집니다.

- 귀하가 카운티 또는 해당 의료 서비스 제공자 네트워크에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스 이용 기준을 충족하는지 확인합니다.
- 전문 정신 건강 서비스가 필요한지 여부를 결정하기 위한 평가를 제공합니다.
- 연중무휴 24시간 응답하는 무료 전화번호를 통해 알라미다 카운티에서 서비스를 받는 방법을 알려드립니다. ACCESS 라인 1-800-491-9099(TTY: 711).
- 필요한 경우 정신 건강 플랜에서 보장하는 정신 건강 치료 서비스를 받을 수 있도록 충분한 인원의 제공자가 귀하와 가까운 곳에 배치되도록 합니다.
- 정신 건강 플랜으로 이용할 수 있는 서비스에 대한 정보를 전달하고 교육합니다.
- 귀하가 사용하는 언어 또는 통역사(필요한 경우)를 통해 서비스를 제공하고 이러한 통역사 서비스를 무료로 이용할 수 있음을 알려드립니다.
- 귀하에게 다른 언어나 점자, 오디오 형식, 큰 활자 등 이용할 수 있는 대체 형식에 대한 서면 정보를 제공합니다.
- 본 안내서에 명시된 정보에 중요한 변경 사항이 있으면 변경 예정일 최소 30일 전에 통지합니다. 이용 가능한 서비스의 양이나 유형이 증가 또는 감소하거나, 네트워크 제공자의 수가 증가 또는 감소하거나, 정신 건강 플랜을 통해 받는 혜택에 영향을 미칠 수 있는 기타 변경 사항이 있는 경우 이러한 변경은 중요한 사항으로 간주됩니다.
- 필요에 따라 다른 플랜 또는 전달 시스템과 귀하의 치료를 조정하여 의료 서비스를 용이하게 전환하고 수혜자에게 의뢰를 안내함으로써, 의뢰 소개를 마무리하고 새로운 제공자가 수혜자의 치료를 수락할 수 있게 합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

개인 정보 보호 관행 고지

본 고지에 대해 궁금한 점이 있는 경우 의료 서비스 제공자나 해당 알라미다 카운티 의료 서비스 기관 담당 부서에 문의하시기 바랍니다.

- 행정 및 빈곤층 건강 담당 부서 (510) 618-3452
- 행동 건강 의료 서비스 소비자 지원실 1-800-779-0787
- 공중보건부 소장실 (510) 267-8000
- 환경 보건부 (510) 567-6700

고지의 목적

본 고지는 알라미다 카운티 의료 서비스 기관(ACHCSA), ACHCSA의 부서 및 프로그램, 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 데 관여하는 개인의 개인 정보 보호 관행을 설명합니다. 이러한 개인들은 의료 전문가 및 기타 개인으로, 귀하에게 서비스를 제공하거나 주법 및 연방법 준수의 일환으로 건강 정보에 접근할 수 있도록 알라미다 카운티에서 권한을 부여합니다.

의료 전문가 및 기타 개인은 다음과 같습니다.

- 신체 의료 서비스 전문가(예: 의사, 간호사, 테크니션, 의대생)
- 행동 건강 의료 서비스 전문가(예: 정신과 의사, 심리학자, 자격증을 소지한 임상 사회 복지사, 결혼 및 가족 치료사, 전문 임상 상담사, 정신과 테크니션, 공인 간호사, 인턴)
- ACHCSA 고용인, 직원, 의료 서비스를 제공하는 서비스나 직능을 수행하는 기타 직원을 포함하여 해당 기관에서 귀하를 돌보는 일에 관여하거나 해당 기관과 협력하여 고객을 돌보는 업무를 하는 기타 개인.

이러한 개인은 치료, 지불 또는 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 건강 정보를 서로, 또는 다른 의료 서비스 제공자에게 공유할 수 있으며, 이 고지에 설명된 기타 이유로 다른 사람에게 공유할 수 있습니다.

의료 제공시설의 책임

의료 제공시설은 법에 따라 귀하의 건강에 대한 개인 정보 보호 및 보안을 유지해야 하며 법적 의무 및 개인 정보 보호 관행에 대한 본 고지를 제공할 법적 의무가 있습니다. 또한 현재 유효한 이 고지의 조건을 준수할 책임이 있습니다.

이 고지에 따라 다음이 수행됩니다.

- 사전 서면 동의 없이 발생할 수 있는 개인 정보 사용 및 공개 유형을 확인합니다.
- 개인 정보 사용 또는 공개에 동의하거나 동의하지 않을 기회가 생길 수 있는 상황을 확인합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 개인 정보 보호 또는 보안이 침해될 수 있는 위반이 발생하는 경우 즉시 알립니다.
- 이 고지에서 설명한 의무 및 개인 정보 보호 관행을 준수하고 해당 사본을 제공합니다.
- 귀하가 서면으로 동의하지 않는 한 여기에 설명된 경우 외에는 개인 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 개인 정보 공유나 공개에 동의한 이후라도 언제든지 동의를 취소할 수 있습니다. 동의를 취소하기 원하는 경우 서면으로 알려주시기 바랍니다.
- 개인 건강 정보에 관한 귀하의 권리를 알립니다.

개인 건강 정보의 사용 및 공개

개인 건강 정보의 사용 및 공개 유형은 범주별로 구분할 수 있습니다. 아래에서 설명과 몇 가지 예시로 이러한 범주를 설명하고 있습니다. 모든 사용 및 공개 유형을 나열할 수는 없지만, 사용 및 공개하는 경우에는 모두 다음의 범주에 포함됩니다.

치료. 귀하에게 의학적 치료 또는 기타 의료 서비스를 제공하기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다. “의학적 치료”라는 용어에는 귀하가 받을 수 있는 신체 건강 치료와 더불어 “행동 건강 의료 서비스”(정신 건강 서비스 및 알코올 또는 기타 약물 치료 서비스)가 포함됩니다. 예를 들어, 면허가 있는 임상수가 사용 가능한 약물을 파악하고자 귀하와 정신과 의사가 만나도록 주선하고, 치료에 대한 의견을 정신과 의사와 논의할 수 있습니다. 또는 시설의 직원이 필요한 실험실 업무를 위한 요청을 준비하거나 신체 검사를 위해 외부 의사에게 의뢰할 수 있습니다. 다른 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우, 치료 목적으로 귀하의 건강 정보를 새로운 의료 제공자에게 공개할 수도 있습니다.

지불. 제공된 치료 및 서비스에 대해 Medi-Cal, Medicare, 건강 플랜, 기타 보험 회사에 청구하고 지급받기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 서비스 비용을 시설에 지불하거나 귀하에게 상환할 수 있도록 본 시설에서 받은 치료나 상담에 대한 건강 플랜 정보를 제공해야 할 수 있습니다. 또한 사전 승인을 받거나 건강 보험 적용이 되는 치료인지 확인할 수 있도록 귀하에게 제공하려고 계획한 치료 또는 서비스에 대해 보험 회사에 알릴 수도 있습니다. 다른 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우, 귀하의 건강 정보를 치료비 지불 목적으로 새 의료 제공자에게 공개할 수도 있습니다.

의료 서비스 운영. 이 경우 진료를 운영하고, 치료를 개선하며, 필요한 경우에는 귀하에게 연락할 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유할 수 있습니다. 제한된 일부 건강 정보를 알라미다 카운티 부서와 공유할 수도 있지만, 의료 운영을 지원하는 중요한 기능을 수행하는 데 필요한 정도로만 공유할 것입니다. 이러한 사용 및 공개는 의료 서비스 기관을 행정적으로 운영하고 모든 고객이 양질의 치료를 받을 수 있도록 하는 데에 필요합니다. 예를 들어, 귀하의 건강 정보를 다음과 같은 목적으로 사용할 수 있습니다.

- 본 시설의 치료 및 서비스를 검토하고 귀하를 돌보는 직원의 성과를 평가할 목적.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 어떤 서비스를 추가적으로 제공해야 하는지, 어떤 서비스가 불필요한지, 특정 새로운 치료법이 효과적인지를 결정하는 데 도움이 되려는 목적.
- 의사, 간호사, 임상사, 테크니션, 기타 의료 직원, 학생, 인턴, 기타 기관 직원의 검토 또는 학습 활동 목적.
- 재정 관리 및 법률 준수를 지원하려는 목적.
- 다른 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우, 특정 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 건강 정보를 새로운 의료 제공자에게 공개할 수 있습니다. 이와 더불어, 특정 환자의 신원을 알리지 않고 의료 서비스 및 의료 서비스 제공 연구에 이용할 수 있도록 귀하를 식별할 수 있는 정보를 의료 정보에서 삭제할 수도 있습니다.
- 또한 귀하의 의료 정보를 다른 의료 서비스 제공자, 의료 정보 관리 기관, OHCA 의 의료 사업 운영을 위해 “조직 의료 제도”(OHCA)에 참여하는 의료 보험 기관과 공유할 수도 있습니다. OHCA 에는 종합적으로 의료 서비스를 제공하는 병원, 의사 조직, 의료 보험 기관, 기타 단체가 포함됩니다. 본 시설에서 참여하는 OHCA 목록은 ACCESS 에서 확인할 수 있습니다.

도착 확인서. 귀하가 시설에 도착했을 때 귀하의 서명을 받음으로써 귀하의 의료 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 또한 면담 순서가 되었을 때 귀하의 이름을 부를 것입니다.

알림 및 가족과의 소통. 귀하는 자신의 위치, 일반적인 상태, 또는 귀하의 사망에 대해(달리 시설에 지시하지 않은 경우) 치료에 관여한 가족, 가까운 친구나 다른 사람 등과 정보를 공유할 수 있습니다. 재난 구호 상황에서는 구호 단체가 알림 활동을 조정할 수 있도록 정보를 공개할 수도 있습니다. 또한 귀하의 치료에 관여하거나 치료 비용을 지불하는 데 도움을 주는 사람에게 정보를 공개할 수 있습니다. 동의하거나 이의를 제기할 수 있는 경우, 귀하에게는 선택할 권리가 있습니다. 시설은 정보 공개 이전에 이의를 제기할 기회를 제공할 것입니다. 그러나 비상 상황에 대응하기 위해 필요하다고 판단되는 경우 이의 제기에도 불구하고 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어 의식이 없는 경우와 같이 선호하는 바를 알릴 수 없는 상황인 경우 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단되면 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 또한 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 줄이기 위해 필요한 경우 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

그 밖에 건강 정보를 어떻게 사용하거나 공유합니까? 일반적으로 본 시설은 공중 보건 및 연구와 같이 공익에 기여하는 방식으로 귀하의 정보를 공유할 수 있거나, 공유하도록 요구를 받습니다. 이러한 목적으로 귀하의 정보를 공유하려면 먼저 법률의 여러 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html 을 참조하시기 바랍니다.

동의하거나 이의를 제기하도록 기회를 제공할 필요가 없는 공개. 위의 상황 외에도 법률에 따라 귀하의 동의를 먼저 받지 않고도 건강 정보를 공유할 수 있는 경우가 있습니다. 해당 상황은 다음과 같습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

법적 요구에 따른 때. 연방, 주 또는 지역 법률에 의해 요구되는 경우 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

학대 또는 방임이 의심될 때. 아동 학대/방임, 노인 또는 성인 피부양자 학대/방임 또는 가정 폭력이 의심되는 경우 귀하의 건강 정보를 해당되는 기관에 공개할 수 있습니다. 귀하가 공개에 동의하거나 법에 따라 본 시설에 공개할 권한이 있고, 개인 또는 공중 보건, 안전에 대한 위협을 방지하기 위해 공개가 필요하다고 생각되는 경우에 해당합니다.

공중 보건 위협을 방지할 때. 다음과 같은 특정 상황에서 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

- 질병, 부상 또는 장애 예방
- 출생 및 사망 보고
- 제품 리콜 지원
- 약물 부작용 보고
- 학대, 방임 또는 가정 폭력 의심 시 신고
- 타인의 건강이나 안전에 대한 심각한 위협 방지 및 감소

건강 감독 활동 시. 법에 따라 승인된 활동을 위해 건강 감독 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 감독 활동으로는 감사, 조사, 검사 및 면허 교부 등이 포함됩니다. 이러한 활동은 정부가 의료 시스템, 정부 프로그램, 민권법 준수를 모니터링하는 데 필요합니다.

사법 및 행정 절차 시. 법원 또는 행정 명령, 소송, 법적 조치에 대응하거나 소환장에 대응하기 위해 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

법 집행 시. 사법당국이 다음과 같은 이유로 요청하는 경우 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

- 사법당국이 범죄 활동에 대응할 수 있도록 협조할 때.
- 용의자, 목격자, 행방불명자 등의 신원을 확인하거나 소재를 파악할 때.
- 범죄 피해자의 정보를 사법 기관에 제공할 때.
- 본 시설 또는 직원에 관한 범죄 행위 또는 위협을 보고할 때.

검시관, 법의관, 장의사. 검시관이나 법의관에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어 사망한 사람의 신원을 확인하거나 사망 원인을 확인하는 데 정보가 필요할 수 있습니다. 또한 장의사가 직무를 수행하는 데 필요한 경우 이를 지원하기 위해 본 시설의 환자에 대한 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

장기 또는 조직 기증 시. 귀하가 장기 기증자인 경우, 본 시설은 장기 기증 또는 이식을 담당하는 기관에 의료 정보를 공개할 수 있습니다.

연구 목적. 제한된 특정 상황에서 연구 목적으로 귀하의 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

개인 또는 공중 보건, 안전에 대한 위협을 방지하기 위해. 귀하의 건강과 안전 또는 타인이나 공중 건강 및 안전에 대한 심각한 위협을 방지하기 위해 필요한 경우 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 그러나 위협이나 피해가 발생하는 것을 방지할 수 있다고 판단된 사람에게만 공개합니다.

정부의 특별 기능 수행 목적. 귀하와 관련된 기능을 수행하는 정부 기관을 지원하기 위해 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. i) 군에 속해 있을 경우, 군사 임무를 수행하려는 목적으로 군 지휘 당국에, (ii) 국가 안보 활동 수행하려는 공인 연방 공무원에게, (iii) 대통령이나 다른 사람에게 보호 서비스를 제공하거나 법이 허용하는 조사를 수행하려는 공인 연방 공무원에게, (iv) 귀하가 교도소에 있을 경우 의료, 건강 및 안전 목적으로 교정 기관에, (v) 법이 허용하는 근로자 보상 프로그램에, (vi) 연방 및 주의 선출직 헌법관과 그 가족을 보호하는 정부 사법 기관에, (vii) 특정 범 죄자 환자나 화기 또는 치명적인 무기를 구매, 소지, 통제하지 않았을 수도 있는 관련인을 이송하고 신원을 확인할 목적으로 캘리포니아 법무부에, (viii) 입법 조사를 실시할 목적으로 상원 또는 하원 의사 운영 위원회에, (ix) 법률에서 요구하는 특정 조사를 실시할 목적으로 주 전역의 보호 및 옹호 단체와 카운티 환자 권리 사무국에 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

기타 특수 범주 정보에 해당하는 경우. 특정 범주의 정보(예: 인간 면역결핍 바이러스(HIV) 검사 또는 알코올 및 약물 남용 치료 서비스)의 사용 또는 공개에 특별한 법적 요건이 적용될 수 있습니다. 또한 귀하가 받는 일반 의료(정신 건강 이외의 의료 서비스) 서비스와 관련된 의료 정보의 사용 및 공개에는 일부 다른 규칙이 적용될 수 있습니다.

해당하는 경우 심리 치료 기록 목적. 심리치료 기록이란 정신건강 전문가인 의료 서비스 제공자가 개인 상담 회기 또는 집단, 공동, 가족 상담 회기 중의 대화 내용을 문서화하거나 분석하여 기록하고 개인의 의료 기록과 분리되어 있는 (모든 매체의) 내용을 의미합니다. 약물 처방 및 모니터링, 상담 회기 시작 및 종료 시간, 제공되는 치료 방법과 빈도, 임상 테스트 결과, 다음 항목의 요약 내용은 심리치료 기록에 포함되지 않습니다. 제외되는 요약 내용: 진단, 기능적 상태, 치료 계획, 증상, 예후, 현재까지의 진행 상황.

법에서 요구하는 바에 따르거나 다음에 해당하는 경우 심리치료 기록을 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- 기록 작성자가 사용하려는 목적일 때
- 학생, 연수생 또는 실무자를 위한 감독자 진행 정신 건강 교육 프로그램 시
- 개인이 제기한 법적 조치 또는 기타 절차를 방어하기 위해 본 의료 제공자가 사용할 때
- 개인이나 공중 건강 또는 안전에 미칠 심각하고 임박한 위협을 방지하거나 줄이려 할 때
- 심리치료 기록 작성자가 건강을 감독하려는 목적일 때
- 환자의 사망을 보고하기 위해 검사관 또는 법의관에게 사용하거나 공개하려는 목적일 때



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 개인이나 공중 건강 또는 안전에 미칠 심각하고 임박한 위협을 방지하거나 줄이기 위해 사용하거나 공개해야 할 때
- 조사 과정에서 또는 법에서 요구하는 바에 따라 귀하 또는 DHHS 장관에게 사용하거나 공개하기 위해.
- 귀하가 사망한 후 검사관 또는 법의관에게 사용하거나 공개할 때
- 심리치료 기록을 사용하거나 공개할 수 있는 권한을 귀하가 취소하는 범위에 따라 본 시설은 기록의 사용 또는 공개를 중단할 것입니다.

해당하는 경우 소유권 변경 시. 본 진료/프로그램이 다른 조직에 매각되거나 합병되는 경우 귀하의 개인 건강 정보/기록은 새로운 소유자의 재산이 되지만, 개인 건강 정보 사본을 다른 진료/프로그램으로 이관하도록 요청할 귀하의 권리는 유지됩니다.

귀하가 동의하거나 이의를 제기할 기회를 행사한 후에만 정보를 공개하는 경우.

건강 정보 공유에 대해 (가능한 경우) 귀하와 논의하고 귀하가 이러한 공유에 반대하지 않을 때까지 건강 정보를 공유하지 않는 경우가 있습니다. 이러한 상황은 다음과 같습니다.

환자 명부. 귀하는 해당하는 경우 어떤 건강 데이터를 환자 명부에 올릴지 결정할 수 있습니다.

귀하의 치료 또는 치료비 지불과 관련된 사람. 시설은 가족, 친한 친구 또는 귀하가 의료 서비스에 관여한다고 지정한 다른 사람에게 귀하의 건강 데이터를 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 가족이나 친구에게 약국에서 약을 받아오도록 요청하는 경우, 본 시설에서는 그 사람에게 약이 무엇이며 언제 가져갈 수 있는지 알려줄 수 있습니다. 또한 귀하가 이의를 제기하지 않는 한 가족 구성원(또는 귀하의 치료를 책임지는 다른 사람)에게 귀하의 위치와 건강 상태를 알릴 수 있습니다.

귀하와의 소통 상황에서 공개. 귀하에게 연락을 취하는 과정에서 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 시설에 치료 예약이 되어 있음을 상기시키거나, 귀하가 이용할 수 있는 치료 옵션 또는 관심을 가질만한 대안을 알려주거나 추천하기 위해 귀하에게 연락할 목적으로 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 귀하가 관심을 가질만한 의료 관련 혜택이나 서비스를 알려드리는 데에도 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 시설의 기금 모금 활동에 대해 연락을 드릴 수도 있습니다.

건강 데이터의 기타 용도. 이 고지나 본 시설에 적용되는 법률로 다루어지지 않은 기타 상황에서 건강 정보를 사용하려면 귀하의 서면 동의가 있어야 합니다.

귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있는 권한을 제공했다라도, 언제든지 서면으로 권한을 취소할 수 있습니다. 권한을 취소하면 귀하의 서면 승인에 포함된 내용대로 건강 정보를 더 이상 사용하거나 공개하지 않을 것입니다. 본 시설은 귀하의 허락을 받아 이미 공개한 내용을 철회할 수 없으며 귀하에게 제공한 진료 기록을 보관해야 한다는 점을 유의하시기 바랍니다.

건강 정보에 관한 귀하의 권리. 귀하의 건강 정보와 관련하여 귀하에게는 특정한 권리가 있습니다. 이 섹션에서는 귀하의 권리와 본 시설의 책임에 대해 설명합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

위반 알림을 받을 권리. 보호되고 있는 개인 건강 정보 보안이 위반되는 경우, 귀하의 개인정보 보호나 정보 보안을 손상시킬 수 있는 침해 발생 시 즉시 알려드릴 것입니다. 현재 사용 중인 이메일 주소를 제공하셨다면 이메일을 사용하여 위반 관련 정보를 전달할 수 있습니다. 경우에 따라 본 시설의 협력 시설에서 통지할 수도 있습니다. 또한 적절한 다른 방법으로도 통지할 수 있습니다.

[참고: PHI 가 포함되지 않고 부적절한 정보가 공개되지 않으리라 확신하는 경우에만 이메일 알림을 사용합니다. 예를 들어 이메일 주소가 “digestivediseaseassociates.com”인 경우 이 주소로 전송된 이메일이 노출되면 환자와 환자의 상태가 파악될 수 있습니다.]

의료 기록에 대한 전자 사본이나 종이 사본을 수령할 권리. 귀하에게는 이 건강 정보를 검토하고 복사할 권리가 있습니다. 일반적으로 이 정보에는 의료 및 청구 기록이 포함되지만 일부 정신 건강 정보는 포함되지 않을 수 있습니다. 다음과 같은 특정 제한 사항이 적용됩니다.

- 귀하는 자신의 의료 기록, 시설에서 보유한 기타 건강 정보의 전자 사본이나 종이 사본을 확인하거나 제공하도록 요청할 수 있습니다.
- 일반적으로 본 시설에서는 요청을 받은 후 30일 이내에 건강 정보 사본 또는 요약본을 제공할 것입니다. 합리적인 비용을 고려한 수수료가 청구될 수 있습니다.
- 요청서를 서면으로 제출해야 합니다. 서면 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공해 드립니다.
- 영업일 기준 10 일 이내에 요청과 관련된 알림을 받을 수 있습니다.
- 특정 상황에서 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 귀하가 건강 정보를 확인할 수 없게 거부된 경우에는, 법에 따라 거부를 검토하도록 요청할 수 있습니다.
- 귀하의 심리치료 기록 열람 요청을 본 시설에서 거부한 경우 귀하는 기록을 다른 정신 건강 전문가에게 이관할 권리가 있습니다.

의료 기록을 정정하도록 시설에 요청할 권리. 부정확하거나 불완전하다고 생각되는 건강 정보를 정정하도록 요청하실 수 있습니다. 귀하의 요청을 거절할 수도 있으나 60 일 이내에 서면으로 그 이유를 알려드립니다. 본 시설은 귀하의 기록에서 정보를 삭제할 수 없습니다. 오류가 있다면 정확한 설명이나 보완 정보를 추가하여 수정할 것입니다. 시설 주관으로, 또는 시설에 정보가 보관되는 동안 수정을 요청할 권리가 있습니다. 다음과 같은 특정 제한 사항이 적용됩니다.

- 수정 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 서면 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공해 드립니다.
- 요청이 필요한 이유를 설명해야 합니다.

또한 다음과 같은 정보 수정을 요청하는 경우 요청이 거부될 수 있습니다.

- 본 시설에서 작성한 정보가 아닌 경우(정보 작성자가 더 이상 수정할 수 없는 경우 제외).



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 본 시설 주관으로, 또는 본 시설에 보관하는 건강 정보에 해당하지 않는 경우.
- 검토하거나 복사하도록 허용된 정보에 해당하지 않는 경우. 귀하의 수정 요청을 거부하더라도, 귀하는 자신에 대한 기록이 불완전하거나 부정확하다고 생각되는 항목이나 진술에 대해 서면 부록을 제출할 권리가 있습니다. 부록을 건강 기록의 일부로 포함하려는 의사를 서면으로 분명히 밝힌다면, 귀하가 불완전하거나 부정확하다고 생각하는 항목이나 진술을 공개할 때마다 기록에 부록을 첨부하고 포함시킵니다.

사용하거나 공유할 내용에 제한을 요청할 권리. 치료, 지불 또는 시설 운영과 관련된 특정 건강 정보를 사용하거나 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 본 시설은 귀하의 요청에 동의할 의무가 없으며 치료에 영향을 미친다고 판단되는 경우에는 요청을 거절할 수 있습니다. 또한 귀하는 가족이나 친구 등 치료 또는 치료 비용 지불에 관여하는 사람에게 시설에서 공개하는 건강 정보가 제한되도록 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 진단이나 치료에 대한 정보를 친구나 가족에게 사용하거나 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다.

치료, 지불 또는 의료 운영 시 정보 사용 방식을 제한하라는 귀하의 요청에 본 시설에서 동의하는 경우, 응급 치료를 제공할 목적으로 정보가 필요한 경우가 아니면 제한 요청을 따를 것입니다. 제한을 요청하려면 의료 제공시설에 서면으로 요청해야 합니다. 요청 시 제한하려는 정보, 시설의 정보 사용 또는 공개, 아니면 두 가지 모두를 제한할 것인지 여부, 제한 적용 대상을 알려야 합니다.

귀하가 서비스 또는 의료 서비스 항목 전액을 지불하는 경우, 귀하는 지불 또는 운영 목적을 위해 시설이 의료 보험사와 해당 정보를 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 법에서 해당 정보를 공유하도록 요구하지 않는 한 귀하의 요청에 동의할 것입니다.

기밀 소통을 요청할 권리. 특정한 방법(예: 집 또는 사무실 전화)으로 연락하거나 다른 주소로 우편을 보내도록 요청할 수 있습니다. 본 시설에서는 모든 합당한 요청에 동의할 것입니다. 기밀 소통을 원하는 경우, 의료 서비스 제공자에게 서면으로 요청해야 합니다. 요청에 대한 이유는 묻지 않습니다.

개인 정보 보호 고지 사본을 받을 권리. 본 고지를 전자 문서로 받는 데 동의했다라도 언제든지 이 고지를 종이 사본으로 요청할 수 있습니다. 종이 사본은 즉시 제공됩니다. 본 고지를 전자 문서로 받는 데 동의했다라도 언제든지 이 고지의 종이 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 의료 제공자나 상기 언급한 프로그램 중 하나를 통해 고지 사본을 받을 수 있습니다.

정보를 공유한 대상 목록을 받을 권리. 귀하가 요청한 날짜부터 이전 6년간 건강 정보를 공유한 횟수, 공유 대상, 공유 이유 목록(회계 기록)을 요청할 수 있습니다. 이 회계 기록에는 다음이 포함되지 않습니다.

- 치료, 지불 또는 의료 서비스 운영에 필요한 정보 공개.
- 시설에서 이미 귀하에게 공개한 내용.
- 허용되거나 요구되는 공개 내역에 해당하지 않는 부수적인 정보 공개.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 귀하의 서면 승인으로 이루어진 정보 공개.
- 법에서 허용하거나 요구하는 바에 따른 특정 정보 공개.

치료, 지불, 의료 서비스 운영, 특정 정보 공개(귀하가 요청한 공개 등)를 제외한 모든 공개 내역이 포함됩니다. 1년에 한 번 무료로 회계 자료를 제공하며 12개월 이내에 다시 회계 자료를 요청할 경우 합리적인 비용을 고려한 수수료를 부과할 수 있습니다. 이러한 회계 목록 또는 회계 공개를 요청하는 경우, 요청서를 서면으로 제출해야 합니다. 서면 양식과 제출 방법에 대한 지침을 제공해 드립니다. 요청서에는 기간을 명시해야 하며 원하는 목록의 형식(예: 서면 또는 전자 형식)을 나타내야 합니다. 귀하에게 관련 비용을 통지할 것이며, 비용이 발생하기 전에 요청을 철회하거나 수정할 수 있습니다.

대리인을 선택할 권리. 귀하가 의료 위임장을 부여한 사람이거나 귀하의 법적 보호자인 경우, 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 의료 정보를 선택할 수 있습니다. 본 시설은 조치를 취하기 전에 해당하는 사람이 권한을 가지고 있고 귀하를 대리하여 행동할 수 있는지 확인합니다.

본 고지의 조건 변경. 본 시설은 본 고지의 조건을 변경할 수 있으며 변경 사항은 시설에서 보유한 귀하의 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지 사항은 요청 시 사무실과 웹사이트를 통해 제공됩니다. 개인 정보 보호 관행 고지가 변경될 경우, 또는 귀하가 새로운 서비스 사이트에 등록하는 경우 새로운 고지 사본을 받게 됩니다.

권리가 침해되었다고 생각되는 경우 불만을 제기하십시오. 의료 서비스 기관 내의 모든 프로그램은 귀하의 개인 건강 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우, 위반이 발생했다고 생각되는 부서에 불만을 제기할 수 있습니다. 본 시설에서는 귀하의 주장을 적시에 조사하고 필요한 경우 시정 조치를 취할 것입니다. 불만을 제기했다고 귀하에게 보복 조치를 취하지 않습니다.

모든 불만 사항은 서면으로 제출해야 합니다. 다음 연락처를 통해 불만 제기 양식 사본 및 안내서를 받아 보실 수 있습니다.

행동 건강 의료 서비스(BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES)	소비자 지원실(Consumer Assistance Office) 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 1-800- 779-0787
환경보건부(DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH)	소장실(Office of the Director) 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

행정 및 빈곤층 건강 담당 부서(ADMINISTRATION AND INDIGENT HEALTH)	소장실(Office of the Director) 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452
공중보건부(PUBLIC HEALTH DEPARTMENT)	소장실(Office of the Director) 수신: 개인 정보 보호 문제 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

또한 다음 주소로 편지를 보내 미국 보건 복지부 시민권 사무국에 불만을 제기할 수 있습니다.

시민권 사무국(Office of Civil Rights)
 미국 보건 복지부(U.S. Department of Health and Human Services)
 90 Seventh Street, Suite 4-100
 San Francisco, CA 94103

또는 1-800-368-1019 로 전화하거나 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/를 방문하실 수도 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

MEDI-CAL 프로그램에 대한 정보

누가 MEDI-CAL 을 받을 수 있나요?

Medi-Cal 로 받을 수 있는 건강보험 보장 범위의 유형을 결정하는 데는 여러 가지 요소가 사용됩니다. 여기에는 다음이 포함됩니다:

- 소득액
- 연령
- 부양 자녀의 연령
- 임신 중이거나 시각 장애가 있는 경우
- Medicare 가입 여부

또한 Medi-Cal 자격을 얻으려면 캘리포니아에 거주 중이어야 합니다. Medi-Cal 수혜 자격이 있다고 생각되면 아래에서 신청 방법을 알아보십시오.

Medi-Cal 은 어떻게 신청하나요?

Medi-Cal 은 연중 언제든지 신청할 수 있습니다. 다음 방법 중 하나를 선택하여 신청할 수 있습니다. 각 방법과 관련된 구체적인 주소와 연락처는

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> 에서 확인할 수 있습니다.

- 우편: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx>에서 영어 및 기타 언어로 제공되는 간소화된 단일 신청서를 이용하여 Medi-Cal을 신청하십시오. 작성한 신청서를 지역 카운티 사무실로 보내십시오.
 - **노스 오클랜드 자급 자족 센터(North Oakland Self Sufficiency Center)**
2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612
 - **이스트몬트 자급 자족 센터(Eastmont Self-Sufficiency Center)**
6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland CA 94605
 - **기업 자급 자족 센터(Enterprise Self Sufficiency Center)**
8477 Enterprise Way
Oakland CA 94621



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- **에덴 지역 멀티 서비스 센터(Eden Area Multi-Service Center)**
24100 Amador St
Hayward CA 94544
 - **프리몬트 아웃스테이션(Fremont Outstation)**
39155 Liberty St Ste C330
Fremont CA 94536
 - **리버모어 아웃스테이션(Livermore Outstation)**
2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551
- **전화:** 전화로 신청하려면 지역 카운티 사무실에 전화하십시오. 전화번호는 웹 <http://dhcs.ca.gov/COL> 에서 확인하거나 알라미다 카운티 사회복지 서비스 기관 (510) 272-3663 으로 전화하시기 바랍니다.
 - **방문:** 직접 방문해서 신청하려면 아래 나열된 지역 주소에서 해당 지역 카운티 사무실을 찾으시기 바랍니다. 여기에서 신청서를 작성하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 다른 카운티에 거주하시면 위에 링크된 웹사이트를 참조하시기 바랍니다.
 - **노스 오클랜드 자급 자족 센터(North Oakland Self Sufficiency Center)**
2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612
 - **이스트몬트 자급 자족 센터(Eastmont Self-Sufficiency Center)**
6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland CA 94605
 - **기업 자급 자족 센터(Enterprise Self Sufficiency Center)**
8477 Enterprise Way
Oakland CA 94621
 - **에덴 지역 멀티 서비스 센터(Eden Area Multi-Service Center)**
24100 Amador St
Hayward CA 94544
 - **프리몬트 아웃스테이션(Fremont Outstation)**
39155 Liberty St Ste C330
Fremont CA 94536
 - **리버모어 아웃스테이션(Livermore Outstation)**
2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 온라인: www.benefitscal.com 또는 www.coveredca.com에서 온라인으로 신청하십시오. Medi-Cal은 카운티 수준에서 제공되므로 신청서는 해당 지역 카운티 사회복지 사무실로 안전하게 직접 전송됩니다.
- 현지에서 알라미다 카운티 사회복지 서비스를 통해 온라인으로 Medi-Cal을 신청하려면 MyBenefitsCalWIN에 방문하시기 바랍니다.

신청하는 데 도움이 필요하거나 문의 사항이 있으면 숙련된 공인 등록 상담사(CEC)의 무료 서비스를 받을 수 있습니다. **1-800-300-1506번으로** 전화하거나

<https://apply.coveredca.com/hix/broker/search>에서 지역 CEC를 검색하십시오.

Medi-Cal 프로그램에 대해 더 궁금한 사항이 있으시면

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx>에서 자세히 알아보실 수 있습니다.

응급 서비스란 무엇인가요?

응급 서비스는 정신과적 응급 의료 상태를 포함하여 수혜자가 예기치 않은 의학적 상태를 겪는 경우 제공되는 서비스입니다.

응급 의료 상태란 일반인이 언제라도 다음과 같은 일이 발생할 수 있다고 합리적으로 예상할 수 있을 정도로 심각한 증상(심한 통증 포함)이 발생하는 경우를 말합니다.

- 개인의 건강(또는 태아의 건강)에 심각한 문제가 발생할 수 있는 경우
- 신체 기능에 심각한 문제가 있는 경우
- 신체 기관 또는 신체 부위에 심각한 문제가 발생한 경우

정신과적 응급 의료 상태는 일반인 기준으로 누군가가 다음에 해당한다고 생각하는 상황에서 발생하는 상태입니다.

- 정신 건강 문제 또는 정신 건강 문제가 예상되어 현재 자신 또는 타인에게 위험이 되는 경우.
- 정신 건강 문제로 보이는 증상으로 인해 즉각적으로 음식을 마련하거나 먹지 못하는 경우 또는 의복을 입거나 침터를 이용할 수 없는 경우.

응급 서비스는 Medi-Cal 수혜자에게 연중무휴 24 시간 보장됩니다. 응급 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않습니다. Medi-Cal 프로그램은 의학적 또는 정신 건강 문제(정서적 또는 정신적 문제)로 인한 응급 상태에 적용됩니다. Medi-Cal 에 가입되어 있는 경우 응급 상황이 아닌 것으로 판명되더라도 응급실 방문에 대한 비용이 청구되지 않습니다. 응급 상황이 발생했다고 생각되면 **911** 에 전화하거나 병원이나 기타 시설을 방문하여 도움을 요청하시기 바랍니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

교통편을 이용할 수 있나요?

비용급 의료 교통 및 비의료 교통편은 스스로 교통편을 마련할 수 없고 특정 Medi-Cal 보장 서비스를 받을 의학적 필요가 있는 Medi-Cal 수혜자에게 제공됩니다. 교통 지원이 필요한 경우 관리 의료 서비스 플랜에 연락하여 정보를 확인하고 지원을 받으시기 바랍니다.

Medi-Cal 에 가입되어 있지만 관리 의료 서비스 플랜에 가입되어 있지 않고 비의료 교통편이 필요한 경우 카운티 정신 건강 플랜에 연락하여 도움을 요청할 수 있습니다. 운송 회사에 연락하면 예약 날짜, 예약 시간 정보를 요청할 것입니다. 비용급 의료 수송이 필요한 경우 귀하의 의료 서비스 제공자는 비용급 의료 수송을 처방하고 교통편 제공자와 연락하여 귀하의 약속 장소까지 차량 서비스를 조정할 수 있습니다.

자살 충동이 있는 경우 누구에게 연락해야 하나요?

본인이나 지인이 위기에 처한 경우 전국 자살 예방 라이프라인 **988** 또는 **1-800-273-TALK(8255)**로 전화하시기 바랍니다.

위기 상황에서 도움을 청하기 위해 지역 정신 건강 프로그램을 이용하려는 지역 주민은 알라미다 카운티의 위기 지원 서비스 1-800-273-8255 로 전화하시기 바랍니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

본인 또는 지인에게 도움이 필요하다고 알리는 방법

언제 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있나요?

많은 사람들이 인생에서 어려운 시기를 보내며 정신 건강 문제를 경험할 수 있습니다. 가장 중요하게 기억해야 할 점은 도움을 받을 수 있다는 것입니다. 귀하 또는 귀하의 가족이 Medi-Cal 수혜 자격이 있고 정신 건강 서비스가 필요하다면 알라미다 카운티 ACCESS 라인 1-800-491-9099 로 전화하시기 바랍니다(TTY: 711). 또한 관리 의료 서비스 플랜에서 보장하지 않는 정신 건강 서비스가 귀하 또는 가족에게 필요하다고 판단되는 경우 관리 의료 서비스 플랜에서는 정신 건강 플랜에 연락할 수 있도록 도움을 드립니다. 정신 건강 플랜은 필요한 서비스를 제공하는 의료기관을 찾을 수 있도록 도움을 드립니다.

귀하 또는 가족에게 다음 징후 중 한 가지 이상이 나타나면 정신 건강 플랜에 연락해야 합니다:

- 우울감(또는 절망감, 무력감, 매우 가라앉은 느낌) 또는 살고 싶지 않다는 느낌
- 보통 좋아하던 활동에 대한 흥미 상실
- 단기간에 현저한 체중 감소 또는 증가
- 너무 많이 자거나 너무 적게 자기
- 느려지거나 과도한 신체 움직임
- 거의 매일 피곤함
- 무가치감 또는 과도한 죄책감
- 사고력, 집중력 및/또는 의사 결정의 어려움
- 수면의 필요성 감소(몇 시간만 자도 '폭 쉰 것 같은' 느낌)
- 생각이 너무 빨라 따라잡을 수 없음
- 매우 빠르게 말하거나 말을 멈출 수 없음
- 사람들이 나를 노리고 있다는 믿음
- 다른 사람이 듣지 못하는 목소리 및/또는 소리가 들림
- 다른 사람이 보지 못하는 것이 보임
- 우울감(또는 절망감, 무력감 또는 매우 가라앉은 느낌)으로 인해 직장이나 학교에 갈 수 없음
- 개인 위생(청결 유지)에 신경 쓰지 않는 기간이 길어짐
- 사람들을 이해하고 관계를 맺는 데 어려움이 있음
- 다른 사람들을 피하거나 멀리함
- 이유 없이 자주 우는 경우



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 종종 이유 없이 화를 내고 ‘폭발’
- 심한 기분 변화
- 대부분의 시간에 불안하고 걱정되는 느낌이 듭
- 다른 사람들에게는 개인의 문화적 규범을 벗어나고 이상하거나 기괴하게 여겨지는 행동을 하는 경우

어린이나 청소년에게 언제 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있나요?

인쇄본이 필요하신 경우 알라미다 카운티 ACCESS 라인 1-800-491-9099(TTY: 711)에 문의하거나 아동인 자녀 또는 십대 자녀가 정신 건강 문제의 징후를 보인다고 생각되는 경우 선별 검사 및 평가를 받을 수 있도록 관리 의료 서비스 플랜에 문의하시기 바랍니다. 아동인 자녀 또는 십대 자녀가 Medi-Cal 수혜 자격이 있고 정신 건강 플랜 평가 결과 정신 건강 플랜에서 보장하는 전문 정신 건강 서비스가 필요하다고 판단되는 경우, 정신 건강 플랜에서는 아동인 자녀 또는 십대 자녀가 서비스를 받을 수 있도록 추천합니다. 또한 관리 의료 서비스 플랜에서 보장하지 않는 정신 건강 서비스가 아동인 자녀 또는 십대 자녀에게 필요하다고 판단되는 경우 귀하의 정신 건강 플랜에 연락할 수 있도록 도움을 드립니다. 부모 역할에 부담을 느끼거나 정신 건강 문제가 있는 부모를 위한 서비스도 마련되어 있습니다.

다음 체크리스트는 귀하의 자녀에게 정신 건강 서비스 등의 도움이 필요한지 평가하는 데 도움이 될 수 있습니다. 한 가지 이상의 징후가 나타나거나 장기간 지속되는 경우 전문가의 도움이 필요한 심각한 문제일 수 있습니다. 다음은 주의해야 할 몇 가지 징후입니다.

- 집중력이 떨어지거나 가만히 있지 못해 신체적 위험에 처하거나 학교 생활에 문제를 일으킴.
- 일상 활동에 방해가 될 정도의 극심한 걱정이나 두려움
- 이유 없이 갑작스럽게 느껴지는 압도적인 두려움, 때때로 심박수가 빨라지거나 호흡이 가빠지는 경우
- 2주 이상 매우 슬프다고 느끼거나 다른 사람에게서 멀어져 일상 활동에 문제가 생긴 경우
- 대인 관계에 문제를 일으키는 극심한 기분 변화
- 행동의 급격한 변화
- 식사 거부, 토하기, 체중을 줄이려고 설사약 사용
- 알코올 또는 약물 반복적으로 사용
- 자신 또는 타인에게 해를 끼칠 수 있는 심각하고 통제 불능의 행동
- 심각한 자해 또는 자살 계획 또는 시도
- 반복적인 싸움, 무기 사용, 다른 사람을 해치려는 심각한 계획이 있는 경우



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

전문 정신 건강 서비스 이용

전문 정신 건강 서비스란 무엇인가요?

전문 정신 건강 서비스는 일반 의사가 치료할 수 없는 정신 건강 문제 또는 정서적 문제가 있는 사람들을 위한 서비스입니다. 이러한 질병이나 문제는 일상적인 활동을 수행하는 데 방해가 될 정도로 심각하게 나타나곤 합니다.

전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스
- 투약 지원 서비스
- 맞춤형 사례 관리
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 주거 치료 서비스
- 위기 주거 치료 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 동료 지원 서비스(특정 카운티의 성인만 이용할 수 있지만 미성년자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료에 따라 서비스 자격에 해당될 수 있음)

위에 나열된 전문 정신 건강 서비스 외에도 21 세 미만의 수혜자는 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 혜택에 따라 추가 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 집중 재택 서비스
- 집중 치료 조정
- 행동 치료 서비스
- 치료적 위탁 보호

이용 가능한 각 전문 정신 건강 서비스에 대해 자세히 알아보려면 본 안내서의 “서비스 범위” 섹션을 참조하시기 바랍니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

전문 정신 건강 서비스는 어떻게 받을 수 있나요?

전문 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 정신 건강 플랜에 전화하여 초기 선별 검사 및 평가 예약을 요청할 수 있습니다. 해당 카운티의 수신자 부담 전화 번호로 전화할 수 있습니다. 수혜자인 경우 관리 의료 서비스 플랜에 정신 건강 서비스 평가를 요청할 수도 있습니다. 관리 의료 서비스 플랜에서 귀하가 전문 정신 건강 서비스의 이용 기준을 충족한다고 판단하는 경우 관리 의료 서비스 플랜은 정신 건강 플랜을 통해 정신 건강 서비스로 전환하도록 도움을 드립니다. 다양한 경로로 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 전문 정신 건강 서비스 외에 Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜을 통해 비전문 정신 건강 서비스도 받을 수 있습니다. 귀하의 정신 건강 서비스 제공자가 임상적으로 해당 서비스가 적절하다고 판단하고, 해당 서비스가 편성되어 있으며 중복 서비스가 아닌 한, 정신 건강 서비스 제공자를 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

또한 귀하의 의사, 학교, 가족, 보호자, Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜 또는 기타 카운티 기관을 포함한 타인이나 기관이 전문 정신 건강 서비스를 위한 정신 건강 플랜에 귀하를 의뢰할 수도 있습니다. 일반적으로 귀하의 의사 또는 Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜에서 응급 상황이 아닌 한 정신 건강 플랜에 직접 의뢰하려면 귀하의 허락, 또는 자녀의 부모나 보호자의 허락이 필요합니다. 정신 건강 플랜에서는 정신 건강 플랜 서비스 이용 기준을 충족하는지 여부를 결정하기 위한 귀하의 초기 평가 요청을 거부할 수 없습니다.

전문 정신 건강 서비스는 정신 건강 플랜(카운티) 또는 정신 건강 플랜과 계약한 기타 의료 서비스 제공자(예: 클리닉, 치료 센터, 지역 사회 기반 조직 또는 개인 제공자)가 제공할 수 있습니다.

전문 정신 건강 서비스를 어디에서 받을 수 있나요?

거주하는 카운티에서 전문 정신 건강 서비스를 받을 수 있으며 필요한 경우 카운티 외부에서도 받을 수 있습니다. 서비스를 요청하려는 알라미다 카운티 주민은 알라미다 카운티 ACCESS 센터 1-800-491-9099(TTY: 711)로 전화하시기 바랍니다. 각 카운티에는 아동, 청소년, 성인, 노인을 위한 전문 정신 건강 서비스가 있습니다. 21 세 미만인 경우 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스에 따라 추가적인 보장 및 혜택 자격이 있습니다.

ACCESS 프로그램은 귀하가 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족하는지 여부를 결정합니다. 기준을 충족하는 경우 정신 건강 플랜은 귀하가 평가를 받도록 의뢰합니다. 전문 정신 건강 서비스 이용 기준을 충족하지 못하는 경우, 귀하에게 비전문 정신 건강 서비스가 필요한지 여부를 결정할 수 있도록 Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜 또는 서비스별 요금제 제공자에게 귀하를 의뢰합니다. 귀하가 원하거나 받아야 한다고 생각하는 서비스를 정신 건강 플랜 또는 정신 건강 플랜을 대신하는 제공자가 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하는 경우, 귀하는 정신 건강 플랜으로부터 거부 사유와 이의 제기 및/또는 주 청문회를 신청할 수 있는 권리를 알리는 서면 통지("불리한 혜택 결정 통지서"라고 함)를 받을 권리가 있습니다. 귀하에게는 이의 제기를



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

요청함으로써 결정에 동의하지 않을 권리도 있습니다. 아래에서 통지에 대한 귀하의 권리와 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 취해야 할 조치에 관한 추가 정보를 확인할 수 있습니다. 정신 건강 플랜에서는 필요한 치료를 받을 수 있는 의료 서비스 제공자를 찾을 수 있게 돕습니다. 정신 건강 플랜에서는 귀하의 집에서 가장 가까운 제공자, 또는 시간이나 거리 기준 내에서 귀하의 필요를 충족할 수 있는 제공자를 소개합니다.

전문 정신 건강 서비스를 언제 받을 수 있나요?

정신 건강 플랜에서 서비스를 받으려면 예약 시 주 정부의 예약 시간 기준을 충족해야 합니다. 정신 건강 플랜은 반드시 다음 기준에 따라 예약 시간을 제공해야 합니다.

- 비응급 정신 건강 플랜 서비스 시작을 요청하는 경우 영업일 기준 10일 이내,
- 응급 상황으로 서비스를 요청하는 경우 48시간 이내,
- 비응급 정신과 전문의 진료 예약을 요청하는 경우 영업일 기준 15일 이내,
- 진료가 진행 중인 경우 사전 예약일로부터 영업일 기준 10일 이내.

그러나 의료 서비스 제공자가 더 길게 대기하는 것이 적절하고, 귀하에게 해롭지 않다고 판단하는 경우에는 대기 시간이 더 길어질 수 있습니다.

어떤 서비스를 받을지 누가 결정하나요?

정신 건강 플랜을 통해 어떤 서비스를 받아야 하는지 결정하는 데는 귀하, 귀하의 제공자, 정신 건강 플랜이 모두 관여합니다. 정신 건강 전문가가 귀하와 상담하고 귀하의 필요에 따라 어떤 종류의 전문 정신 건강 서비스가 적합한지 판단하는 데 도움을 드립니다.

도움을 요청하기 위해 정신 건강 관련 진단을 받았는지 또는 특정 정신 건강 장애가 있는지 스스로 알아야 필요는 없습니다. 정신 건강 플랜에서 귀하의 상태에 대한 평가를 실시합니다. 의료 서비스 제공자는 일상 생활에 부정적인 영향을 미치는 정신 건강 장애가 있는지, 또는 치료를 받지 않을 경우 생활에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있는 정신 건강 장애나 정신 건강 의심 장애가 있는지 평가합니다. 의료 서비스 제공자가 이러한 평가를 수행하는 동안 귀하는 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 평가 기간 동안 서비스를 받기 위해 정신 건강 진단을 받거나 특정 정신 건강 장애 진단이 필요하지 않습니다.

만 21 세 미만인 경우 트라우마, 아동 복지 시스템 관련, 청소년 사법 관련, 노숙 경험 등으로 인해 정신 건강 장애가 있는 경우에도 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 또한, 21 세 미만인 경우 정신 건강 플랜은 정신 건강 장애를 치료하거나 돕는 데 의학적으로 필요한



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

서비스를 제공해야 합니다. 정신 건강 상태를 유지, 지원, 개선하거나 견딜만 하도록 지원하는 서비스가 의학적으로 필요한 서비스로 간주됩니다.

일부 서비스는 정신 건강 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 자격을 갖춘 전문가를 통해 서비스가 승인되도록 검토를 수행해야 합니다. 이 검토 절차를 전문 정신 건강 서비스 사전 승인이라고 합니다. 정신 건강 플랜의 승인 절차는 특정 일정을 따라야 합니다. 기본적인 사전 승인일 경우, 정신 건강 플랜은 귀하의 상태에 따라 의료 서비스 제공자의 요청에 신속하게 결정을 내려야 합니다. 예를 들어, 정신 건강 플랜은 서비스 요청을 받은 후 72 시간 이내에 건강 상태와 관련된 기간에 따라 승인 결정을 서둘러 내리고 통지를 제공해야 하며, 정신 건강 플랜이 요청을 접수한 후 역일 기준 14 일을 넘지 않아야 합니다.

귀하 또는 의료 서비스 제공자가 요청하거나, 정신 건강 플랜에서 의료 서비스 제공자를 통해 정보를 더 많이 알아야 하고 이에 대한 정당성을 제시하는 경우, 승인 일정은 최대 14 일까지 추가로 연장될 수 있습니다. 정신 건강 플랜이 의료 서비스 제공자로부터 추가 정보를 받으면 의료 서비스 제공자의 치료 요청을 승인할 수 있다고 판단하는 경우가 연장이 필요할 수 있는 예시입니다. 정신 건강 플랜이 의료 서비스 제공자의 요청 결정 기한을 연장하는 경우, 카운티에서는 귀하에게 서면 연장 통지서를 보냅니다.

사전 승인이 필요한 서비스는 다음과 같습니다. 집중 재택 서비스, 주간 집중 치료, 주간 재활, 치료 행동 서비스 및 치료 위탁 보호. 정신 건강 플랜에 사전 승인 절차에 대한 자세한 정보를 요청할 수 있습니다. 정신 건강 플랜에 전화하여 추가 정보를 요청하시기 바랍니다.

정신 건강 플랜이 요청된 서비스를 거부, 지연, 축소 또는 종료하는 경우, 정신 건강 플랜은 귀하에게 서비스가 거부되었음을 알리는 불리한 혜택 결정 통지서를 보내야 하며, 귀하가 이의를 제기할 수 있음을 알리고, 이의를 제기하는 방법에 대한 정보를 제공해야 합니다. 정신 건강 플랜이 서비스 거부를 결정하거나 귀하가 동의하지 않는 기타 조치를 결정한 경우, 불만 사항 또는 이의를 제기할 수 있는 권리에 대해 자세히 알아보려면 본 안내서 39 페이지의 정신 건강 상태에 따른 불리한 혜택 결정 섹션을 참조하세요.

의학적 필요성이란 무엇인가요?

귀하가 받는 서비스는 귀하의 상태를 해결하기 위해 의학적으로 필요하고 적절해야 합니다. 21 세 이상 개인이라면, 생명을 보호하거나 심각한 질병 또는 장애를 예방하거나 심한 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요한 경우 의학적으로 필요한 서비스를 말합니다.

21 세 미만의 경우, 정신 건강 상태를 치료, 유지, 지원, 개선하거나 견딜만 하도록 지원하는 경우 의료적으로 필요한 서비스입니다. 정신 건강 상태를 유지, 지원, 개선하거나 견딜만 하도록 지원하는 서비스는 의학적으로 필요한 것으로 간주되며 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스로 보장됩니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

정신 건강 플랜에서 보장하지 않는 다른 정신 건강 서비스는 어떻게 받을 수 있나요?

Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜에 가입되어 있는 경우 Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜을 통해 다음과 같은 외래 환자 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다:

- 개인, 그룹 및 가족 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료.
- 정신 건강 상태를 평가하기 위해 임상적으로 필요한 경우 심리 및 신경심리 검사.
- 처방약 모니터링을 목적으로 하는 외래 환자 서비스.
- 정신과 상담.
- 외래 검사실, 의약품(대부분의 의약품은 서비스별 요금제 Medi-Cal 프로그램에 따라 보장됩니다), 소모품, 보충제.

위의 서비스를 받으려면 Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜에 직접 전화하시기 바랍니다. Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜에 가입되어 있지 않은 경우, Medi-Cal 을 수락한 개인 의료 서비스 제공자 및 클리닉에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 귀하를 도울 수 있는 의료 서비스 제공자 또는 클리닉을 찾는 데 도움을 드리거나, 의료 서비스 제공자 또는 클리닉을 찾는 몇 가지 방법을 알려 드릴 수 있습니다.

Medi-Cal 을 수락한 약국에서는 정신 건강 질환 치료를 위한 처방전에 따라 조제할 수 있습니다. 약국에서 조제하는 대부분의 처방약은 관리 의료 서비스 플랜이 아닌 서비스별 요금제 Medi-Cal 프로그램에 따라 보장된다는 점에 유의하시기 바랍니다.

정신 건강 플랜에서 보장하지 않는 다른 Medi-Cal 서비스(1 차 진료/Medi-Cal)는 어떻게 받을 수 있습니까?

관리 의료 서비스 플랜에 가입되어 있는 경우, 플랜은 귀하에게 의료 서비스 제공자를 찾아드릴 책임이 있습니다. 관리 의료 서비스 플랜에 가입되어 있지 않고 서비스별 요금제 Medi-Cal 이라고도 하는 “일반” Medi-Cal 에 해당한다면, Medi-Cal 을 수락한 모든 의료 서비스 제공자에게 진료받을 수 있습니다. 서비스를 받기 시작하기 전에 의료 서비스 제공자에게 Medi-Cal 가입 사실을 알려야 합니다. 그렇지 않으면 서비스에 요금이 청구될 수 있습니다.

가족 플랜 서비스 시 건강 플랜 외부의 의료 서비스 제공자에게 진료를 받을 수 있습니다.



알코올 또는 약물 문제가 있는 경우 어떻게 하나요?

알코올 또는 약물 문제를 치료하기 위한 서비스가 필요하다고 생각되면 해당 카운티에 문의하십시오.

ACBH 1-800-491-9099 에 전화하실 수 있습니다(TTY: 711). 또한 다른 방법으로 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 받을 수 있게 ACBH 에 의뢰될 수도 있습니다. 귀하가 가입자인 경우, ACBH 는 귀하에게 이러한 서비스가 필요하다고 생각하는 의사 및 기타 1 차 의료 서비스 제공자와 Medi-Cal 관리형 의료 서비스 플랜(MCP)에서 요청하는 SUD 치료 서비스 의뢰를 수락해야 합니다. 일반적으로 응급 상황이 아닌 한 의료 서비스 제공자나 Medi-Cal MCP 가 의뢰하려면 귀하의 허락이나 자녀의 부모 또는 보호자의 허락이 필요합니다. 카운티 복지 부서 또는 사회복지 서비스 부서, 후견인, 보호자 또는 가족 구성원, 법 집행 기관이나 학교 등 다른 사람이나 조직도 ACBH 에 의뢰할 수 있습니다.

보장되는 서비스는 알라미다 카운티의 제공자 네트워크를 통해 제공됩니다. 계약을 맺은 의료 서비스 제공자가 해당 서비스를 수행하거나 지원하는 데 반대하는 경우, 알라미다 카운티는 다른 제공자가 서비스를 수행하도록 추천합니다. 보장되는 서비스에 대한 종교적, 윤리적 또는 도덕적 견해가 다르다는 이유로 제공자로부터 서비스를 이용할 수 없는 경우 알라미다 카운티에서는 적시에 대응하여 의뢰와 조정을 추천합니다.

해당되는 경우, 현재 모든 수혜자는 알라미다 카운티의 DMC-ODS 서비스 플랜을 통해 의료 서비스 제공자 변경을 알리는 서신을 받습니다. 서비스 시작 시점과 수혜자의 요청이 있을 경우에 계약을 맺은 의료 서비스 제공자는 모든 수혜자에게 안내서를 배포합니다. 알라미다 카운티 DMC-ODS 의료 서비스 제공자 네트워크는 수혜자 안내서 사본을 제공해야 하며 수혜 자격 결정에 도움을 드립니다.

정신과 입원 환자 병원 서비스가 필요한 이유는 무엇인가요?

낮은 정도의 치료로는 안전하게 치료할 수 없는 정신 건강 상태거나 정신 건강 장애 증상이 있는 경우, 그리고 해당 정신 건강 상태 또는 정신 건강 장애 증상으로 인해 귀하가 다음과 같은 어려움을 겪는 경우 병원에 입원하게 될 수 있습니다.

- 현재 본인 또는 타인에게 위험이 있거나 중대한 재산 피해가 발생한 경우
- 음식, 의복 또는 주거지를 제공하거나 이용할 수 없는 경우
- 신체 건강에 심각한 위험을 초래할 수 있는 경우
- 정신 건강 장애의 결과로 최근 기능 능력이 현저히 저하된 경우
- 정신과적 평가, 약물 치료 또는 병원에서만 제공할 수 있는 기타 치료가 필요한 경우



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

의료 서비스 제공자 선택

필요한 전문 정신 건강 서비스 제공자를 어떻게 찾을 수 있나요?

정신 건강 플랜은 현재 의료 서비스 제공자 명부를 온라인에 게시해야 합니다. 현재 의료 서비스 제공자에 대한 질문이 있거나 업데이트된 제공자 명부를 확인하려면 ACBH 웹사이트 <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/>를 방문하거나 카운티의 무료 전화번호로 연락하시기 바랍니다. 명부를 요청하면 서면이나 우편으로 받아볼 수 있습니다.

정신 건강 플랜에 따라 의료 서비스 제공자 선택에 일부 제한이 있을 수 있습니다. 전문 정신 건강 서비스를 처음 받기 시작할 때 최소 두 명의 의료 서비스 제공자를 선택하겠다고 정신 건강 플랜에 요청할 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 의료 서비스 제공자 변경을 허용해야 합니다. 의료 서비스 제공자 변경을 요청하는 경우 정신 건강 플랜은 가능한 한 최소 두 명의 의료 서비스 제공자 중에서 선택할 수 있게 해야 합니다.

정신 건강 플랜은 귀하가 적시에 치료를 받을 수 있도록 하고 필요한 경우 정신 건강 플랜으로 보장되는 정신 건강 치료 서비스를 받을 수 있도록 귀하와 가까운 곳에 충분한 인원의 제공자가 배치되도록 해야 합니다.

정신 건강 플랜에 계약된 의료 서비스 제공자가 더 이상 전문 정신 건강 서비스를 제공하지 않기로 결정하는 경우가 있습니다. 정신 건강 플랜의 의료 서비스 제공자는 더 이상 정신 건강 플랜과 계약을 맺지 않거나 자체적으로 또는 정신 건강 플랜의 요청에 따라 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 환자를 더 이상 진료하지 않을 수 있습니다. 이 경우 정신 건강 플랜은 의료 서비스 제공자로부터 전문 정신 건강 서비스를 받고 있던 각 개인에게 서면 통지를 제공하기 위해 성실한 노력을 기울여야 합니다. 수혜자에게 발송하는 통지는 역일 기준으로 의료 서비스 종료 발효일 30일 전, 또는 정신 건강 플랜이 의료 서비스 제공자의 업무 중단을 알게 된 후 역일 기준으로 15일 이내에 제공되어야 합니다. 이 경우, 정신 건강 플랜은 귀하와 의료 서비스 제공자가 동의하는 경우 정신 건강 플랜을 탈퇴한 제공자로부터 서비스를 계속 받을 수 있도록 허용해야 합니다. 이를 '치료의 연속성'이라고 하며 아래에 설명되어 있습니다.

현재 의료 서비스 제공자로부터 진료 서비스를 계속 받을 수 있나요?

이미 Medi-Cal 관리 의료 서비스 플랜을 통해 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 정신 건강 플랜 의료 서비스 제공자로부터 정신 건강 서비스를 받더라도 의료 서비스 제공자 간에 서비스가 균형적이고 동일하지 서비스가 아니라면 현재의 의료 서비스 제공자로부터 계속 치료를 받을 수 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

또한 다른 정신 건강 플랜, 관리 의료 서비스 플랜, 개인 Medi-Cal 의료 서비스 제공자로부터 이미 전문 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 다음 사항을 포함하되 이에 국한되지 않는 특정 조건 하에서 최대 12 개월 동안 현재 의료 서비스 제공자에게 계속 서비스를 받을 수 있도록 ‘치료의 연속성’을 요청할 수 있습니다.

- 귀하가 요청하는 의료 서비스 제공자와 기존 진료 관계가 있는 경우,
- 지속적인 치료를 계속 받으려면 현재 의료 서비스 제공자에게 진료를 받아야 하며, 새로운 의료 서비스 제공자로 변경하면 정신 건강 상태가 악화될 수 있는 경우,
- 의료 서비스 제공자가 자격을 갖추고 Medi-Cal 요건을 충족하는 경우,
- 의료 서비스 제공자가 정신 건강 플랜과의 계약에 대한 정신 건강 플랜의 요구 사항에 동의하는 경우.



서비스 범위

전문 정신 건강 서비스 이용 기준을 충족하는 경우, 필요에 따라 다음과 같은 서비스를 이용할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자가 귀하와의 협력 하에 어떤 서비스가 가장 적합한지 결정합니다.

정신 건강 서비스

- 정신 건강 서비스는 정신 건강 장애를 가진 사람들이 일상 생활에 대처하는 기술을 개발하도록 돕는 개인, 그룹 또는 가족 기반 치료 서비스입니다. 이러한 서비스에는 서비스 수혜자에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 의료 서비스 제공자가 수행하는 작업도 포함됩니다. 귀하에게 서비스가 필요한지 확인하고 해당 서비스의 효과를 알아보기 위한 평가, 정신 건강 치료의 목표와 제공할 구체적인 서비스를 결정하기 위한 치료 계획, 일상 생활 능력을 개선하거나 유지하는 데 도움을 주기 위해 가족 및 중요한 사람들과 협력하는 것을 의미하는 “담보”(귀하가 허락하는 경우)가 포함됩니다. 정신 건강 서비스는 클리닉이나 의료 서비스 제공자의 진료실, 전화 또는 원격 진료, 자택 또는 기타 지역 사회 환경에서 제공될 수 있습니다. [카운티](계약에 따라 제공되는 혜택의 금액, 기간 및 범위에 관한 추가 정보를 포함하여 수혜자가 자신이 받을 수 있는 혜택을 이해할 수 있도록 충분히 자세히 설명합니다. (42 C.F.R. § 438.10(g)(2)(iii)).

약물 지원 서비스

- 이러한 서비스에는 정신과 의약품의 처방, 관리, 조제, 모니터링, 정신과 의약품 관련 교육 등이 포함됩니다. 의약품 지원 서비스는 진료소나 의료 서비스 제공자의 진료실, 전화 또는 원격 진료, 가정이나 기타 지역 사회 환경에서 제공할 수 있습니다.

맞춤형 사례 관리

- 이 서비스는 정신 건강 질환이 있는 사람이 혼자서 서비스를 받기 어려울 때 의료, 교육, 사회, 직업 전 교육, 직업, 재활 또는 기타 지역사회 서비스를 받을 수 있도록 지원합니다. 맞춤형 사례 관리에는 플랜 개발, 의사소통, 조정 및 의뢰가 포함되고, 대상자가 서비스를 이용하며 서비스 제공 시스템을 활용할 수 있게 보장하기 위한 서비스 제공 모니터링이 포함되며, 대상자의 진행 상황을 모니터링하는 서비스가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

위기 개입 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 조치가 필요한 긴급한 상황을 해결하는 데 이용할 수 있습니다. 위기 개입의 목표는 지역 사회 사람들을 도와 병원에 입원할 필요가 없도록 하는 것입니다. 위기 개입은 최대 8시간까지 지속될 수 있으며 클리닉이나 의료 서비스 제공자의 진료실, 전화 또는 원격 진료, 가정이나 기타 지역 사회 환경에서 제공할 수 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

위기 안정화 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 조치가 필요한 긴급한 상황을 해결하는 데 이용할 수 있습니다. 위기 안정화 서비스는 24시간 미만 동안 지속되며, 허가된 24시간 의료 시설, 병원 기반 외래 환자 프로그램 또는 위기 안정 서비스를 제공하도록 인증된 의료 서비스 제공 기관에서 제공해야 합니다.

성인 주거 치료 서비스

- 정신 건강 질환이 있는 이들에게 주거 치료 서비스를 제공하는 허가 시설에서 생활하는 사람은 이 서비스를 통해 정신 건강 치료 및 기술 교육 기회를 이용합니다. 이러한 서비스는 연중무휴 24시간 이용할 수 있습니다. Medi-Cal은 성인 주거 치료 서비스를 제공하는 시설의 숙식 비용을 보장하지 않습니다.

위기 주거 치료 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신적 또는 정서적 위기를 겪고 있지만 정신병원에서 치료 받을 필요는 없는 사람들에게 정신 건강 치료와 기술 교육을 제공합니다. 서비스는 허가된 시설에서 연중무휴 24시간 이용할 수 있습니다. Medi-Cal은 위기 주거 치료 서비스를 제공하는 시설의 숙식 비용은 보장하지 않습니다.

주간 집중 치료 서비스

- 병원이나 다른 24시간 돌봄 시설에 입소해야 될 수도 있는 사람들에게 제공되는 체계적인 정신 건강 치료 프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 최소 3시간 동안 진행됩니다. 밤 시간이 되면 자신의 집으로 귀가합니다. 프로그램에는 기술 습득 활동과 치료법, 심리 치료가 포함됩니다.

주간 재활

- 이 프로그램은 정신 건강 장애를 앓고 있는 사람들이 대처 기술 및 생활 기술을 배우고 개발하여 정신 건강 장애 증상을 보다 효과적으로 관리할 수 있도록 돕기 위해 고안된 체계적 프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 최소 3시간 동안 진행되며 기술 향상 활동과 치료 요법이 포함되어 있습니다.

정신과 입원 환자 병원 서비스

- 면허를 소지한 정신 건강 전문가가 24시간 집중 정신 건강 치료가 필요하다고 판단한 경우 면허를 소지한 정신 병원에서 제공되는 서비스입니다.

정신 건강 시설 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신 건강 상태에 대한 24시간 재활 치료를 전문으로 하는 인가된 정신 건강 시설에서 제공됩니다. 정신 건강 시설은 시설 입소자들의 신체적 건강 관리 필요를 충족하기 위해 인근 병원 또는 클리닉과 계약을 체결해야 합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

어린이 및/또는 만 21 세 미만의 청소년을 위한 특별 서비스가 있나요?

21 세 미만의 수혜자는 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 혜택을 통해 추가 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스 자격에 해당하려면 수혜자가 21 세 미만이어야 하며 전체 범위 Medi-Cal 에 가입해야 합니다. 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료는 행동 건강 장애를 교정하거나 지원하는 데 필요한 서비스를 보장합니다. 행동 건강 상태를 유지, 지원, 개선하거나 견딜만 하도록 지원하는 서비스는 정신 건강 상태 개선에 도움이 되므로 의학적으로 필요한 것으로 간주되며 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스로 보장됩니다.

조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스에 대해 문의 사항이 있는 경우 1-800-491-9099 (TTY: 711)로 ACBH 에 전화하시거나 [DHCS 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 웹페이지](#)를 방문하시기 바랍니다.

21 세 미만의 어린이, 청소년, 청년일 경우 정신 건강 플랜으로 다음과 같은 서비스도 이용할 수 있습니다. 치료 행동 서비스, 집중 치료 조정, 집중 재택 서비스, 치료 위탁 보호 서비스.

치료 행동 서비스

치료 행동 서비스는 21 세 이하의 수혜자를 위한 집중적이고 개별화된 단기 외래 환자 치료 개입 프로그램입니다. 심각한 정서적 장애가 있거나 스트레스가 많은 전환기 또는 인생의 위기를 겪고 있으며 서면 치료 계획에 명시된 결과를 달성하기 위해 추가적으로 단기적이고 구체적인 지원 서비스가 필요한 사람이 이 서비스를 받습니다.

치료 행동 서비스는 심각한 정서적 문제가 있는 경우 각 정신 건강 플랜을 통해 이용할 수 있는 일종의 전문 정신 건강 서비스입니다. 치료 행동 서비스를 받으려면 정신 건강 서비스를 받는 21 세 미만이어야 하며 전 범위의 Medi-Cal 에 가입되어 있어야 합니다.

- 자택에서 생활하는 경우, 치료 행동 서비스 직원이 일대일 상담을 통해 심각한 행동 문제를 줄임으로써, 매우 심각한 정서적 문제가 있는 아동-및 21세 미만 청소년을 위한 그룹홈과 같은 더 높은 수준의 치료가 필요하지 않도록 돕습니다.
- 매우 심각한 정서적 문제가 있는 21세 미만의 아동 및 청소년을 위한 그룹홈에서 생활하는 경우, 치료 행동 서비스 직원이 귀하와 협력하여 위탁 가정이나 가정 등으로 돌아가 더 낮은 수준의 돌봄을 받을 수 있도록 돕습니다.

치료 행동 서비스에서는 귀하와 가족, 간병인 또는 보호자가 문제 행동을 해결하는 새로운 방법을 배우고 귀하가 성공적으로 취할 수 있는 행동의 종류를 늘리는 방법을 배우도록 돕습니다. 귀하, 치료 행동 서비스 제공 직원, 가족, 간병인 또는 보호자는 더 이상 치료 행동 서비스가 필요하지 않을 때까지 단기간에 문제 행동을 해결하기 위해 한 팀으로 협력하게 됩니다. 치료 행동 서비스 계획에는 귀하, 가족, 간병인 또는 보호자, 치료 행동 서비스 담당자가 치료 행동 서비스 기간 동안 무엇을 할 것인지, 치료 행동 서비스가 언제 어디서 이루어질 것인지가 명시되어 있습니다. 치료



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

행동 서비스 제공 직원은 문제 행동에 도움이 필요할 가능성이 높은 대부분의 장소에서 귀하와 협력합니다. 이러한 장소로는 가정, 위탁 가정, 그룹홈, 학교, 주간 치료 프로그램, 지역 사회 기타 영역이 포함됩니다.

집중 치료 조정

집중 치료 조정은 Medi-Cal 서비스의 전 범위를 받을 자격을 갖추고 있으며 이 서비스에 대한 의학적 필요성 기준을 충족하는 21 세 미만 수혜자의 치료 계획 평가와 서비스 조정을 용이하게 해주는 맞춤형 사례 관리 서비스입니다.

집중 치료 조정 서비스 구성 요소에는 평가, 서비스 계획 및 실행, 모니터링 및 적응, 전환이 포함됩니다. 집중 치료 조정 서비스는 아동과 가족, 관련 아동 지원 시스템 간의 협력 관계를 촉진하기 위해 아동 및 가족 팀을 구성하는 등 통합 핵심 실천 모델 원칙에 따라 제공됩니다.

아동 및 가족 팀에는 공식적 지원(예: 아동 서비스 기관의 치료 코디네이터, 의료 서비스 제공자, 사례 관리자), 자연적 지원(예: 가족, 이웃, 친구, 성직자), 기타 개인이 포함되어 있으며, 이들은 함께 협력하여 고객 계획을 개발하고 실행하며 아동과 그 가족이 목표를 달성하도록 지원합니다. 집중 치료 조정에서는 집중 치료 조정 코디네이터가 다음 사항도 제공합니다.

- 의학적으로 필요한 서비스가 강점을 기반으로, 개별화, 고객 중심, 문화적 및 언어적으로 유능한 방식으로 이용, 조정 및 제공되도록 보장합니다.
- 아동의 필요에 따라 서비스 및 지원이 안내되게 합니다.
- 아동, 가족, 서비스를 제공하는 데 관여하는 시스템 간의 협력적 관계를 촉진합니다.
- 부모/보호자가 자녀의 필요를 충족할 수 있도록 지원합니다.
- 아동 및 가족 팀 설립을 돕고 지속적인 지원을 제공합니다.
- 아동이 지역 사회에서 서비스를 받을 수 있도록 의료 서비스 제공자 및 아동 서비스 시스템 전반에 걸쳐 돌봄 서비스를 조직하고 매칭합니다.

집중 재택 서비스

집중 재택 서비스는 아동/청소년의 기능을 방해하는 정신 건강 상태를 변화시키거나 도움을 주기 위해 고안된 개별화된 강점 기반 개입으로, 아동/청소년이 가정과 커뮤니티에서 성공적으로 기능하는 데 필요한 기술을 습득하도록 돕고 아동/청소년의 가족이 가정과 커뮤니티에서 아동/청소년이 성공적으로 기능하도록 도울 수 있는 능력을 향상시키는 데 목적이 있습니다.

집중 재택 서비스는 평가, 계획 개발, 치료, 재할 및 담보를 포함하되 이에 국한되지 않는 가족 전반 서비스 계획과 조정하여 아동 및 가족 팀이 통합 핵심 실천 모델에 따라 개발된 개별화된 치료 계획에 의거하여 제공됩니다. 집중 재택 기반 서비스는 전 범위의 Medi-Cal 서비스를 받을 자격이 있으며 이 서비스에 대한 의학적 필요성 기준을 충족하는 21 세 미만의 수혜자에게 제공됩니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

치료적 위탁 보호

치료적 위탁 보호 서비스 모델을 통해 복잡한 정서적 및 행동적 요구 사항이 있는 21 세 이하의 아동 및 청소년에게 트라우마에 기반한 단기 집중 및 개별화된 전문 정신 건강 서비스를 제공합니다. 서비스에는 계획 개발, 재활, 담보 활동이 포함됩니다. 치료적 위탁 보호 서비스를 이용하면 훈련을 이수했고 집중적인 감독과 지원을 받는 치료적 위탁 양육 부모에게 아동이 배치됩니다.

전화 또는 원격 의료로 이용 가능한 서비스

전화 또는 원격 의료로 제공할 수 있는 서비스:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 위기 개입 서비스
- 맞춤형 사례 관리
- 집중 치료 조정
- 동료 지원 서비스

일부 서비스 구성 요소는 원격 의료 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다.

- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 성인 주거 치료 서비스
- 위기 주거 치료 서비스
- 위기 안정화 서비스

전화 또는 원격 의료로 제공할 수 없는 서비스:

- 정신 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 치료 행동 서비스
- 집중 재택 서비스
- 치료적 위탁 보호



정신 건강 플랜(MHP)에 의한 불리한 혜택 결정

정신 건강 플랜에서 내가 원하거나 필요하다고 생각하는 서비스를 거부하는 경우 나에겐 어떤 권리가 있나요?

귀하가 원하거나 받아야 한다고 생각하는 서비스를 귀하의 정신 건강 플랜 또는 정신 건강 플랜을 대신하는 의료 서비스 제공자가 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하는 경우, 귀하는 정신 건강 플랜으로부터 서면 통지(“불리한 혜택 결정 통지서”라고 함)를 받을 권리가 있습니다. 귀하에게는 이의 제기를 요청함으로써 결정에 동의하지 않을 권리도 있습니다. 아래 섹션에서는 통지를 받을 권리와 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 취해야 할 조치에 대해 설명합니다.

불리한 혜택 결정이란 무엇인가요?

불리한 혜택 결정이란 정신 건강 플랜에서 취하는

다음과 같은 조치를 의미합니다.

1. 서비스 유형 또는 수준, 의학적 필요성, 적합성, 환경 또는 보장 혜택의 효과에 근거한 결정을 포함하여 요청된 서비스를 거부하거나 제한적으로 승인함,
2. 이전에 승인한 서비스를 축소, 일시 중지하거나 종료함,
3. 서비스 지불 금액의 전체 또는 일부를 거부함,
4. 적시에 서비스를 제공하지 못함,
5. 불만 사항 및 이의 제기를 표준적으로 해결하는 데 필요한 기간 내에 조치를 취하지 않음(정신 건강 플랜에 불만 사항을 제기하였으나 정신 건강 플랜이 90일 이내에 불만 사항에 대한 서면 결정을 회신하지 않는 경우. 귀하가 정신 건강 플랜에 이의를 제기했으나 정신 건강 플랜이 30일 이내에 이의 제기에 대한 서면 결정을 귀하에게 회신하지 않거나, 신속 이의 제기를 했으나 72시간 이내에 응답을 하지 않은 경우), 또는
6. 수혜자의 재정적 책임에 이의를 제기하는 요청을 거부함.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

불리한 혜택 결정 통지서란 무엇입니까?

불리한 혜택 결정 통지서는 귀하와 의료 서비스 제공자가 귀하에게 필요하다고 생각한 서비스를 정신 건강 플랜이 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하기로 결정한 경우 귀하에게 보내는 서신입니다. 서비스 지불 거부, 서비스가 보장되지 않는다는 주장에 근거한 거부, 서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 주장에 근거한 거부, 전달 시스템의 서비스라는 거부, 또는 재정적 책임에 대한 이의 제기 요청 거부가 여기에 포함됩니다. 불리한 혜택 결정 통지서는 귀하의 불만 사항, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 제때 해결되지 않았거나 정신 건강 플랜의 표준적인 서비스 제공 일정 내에 서비스를 받지 못한 경우를 통보하는 데에도 사용됩니다.

통지 시기

플랜은 이전에 승인된 전문 정신 건강 서비스의 종료, 중단 또는 축소 조치가 이루어지기 최소 10 일 전에 수혜자에게 우편으로 통지서를 발송해야 합니다. 플랜은 또한 지불 거부 결정 또는 요청된 전문 정신 건강 서비스의 전부 또는 일부를 거부, 지연 또는 수정하는 결정에 대해 영업일 기준 2 일 이내에 수혜자에게 통지를 우편으로 발송해야 합니다.

원하는 서비스를 받지 못할 때 항상 불리한 혜택 결정 통지를 받게 되나요?

불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못하는 경우도 일부 있습니다. 카운티 플랜에 이의를 제기하거나 이의 제기 절차를 완료한 경우 이러한 상황이 발생하면 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 이의를 제기하거나 공청회를 요청하는 방법에 대한 정보는 이 안내서에 포함되어 있습니다. 의료 서비스 제공자의 사무실에서도 정보를 확인할 수 있습니다.

불리한 혜택 결정 통지서로 무엇을 알 수 있나요?

불리한 혜택 결정 통지서는 다음 사항을 알려드립니다.

- 귀하와 귀하의 서비스 수급 능력에 영향을 미치는 정신 건강 플랜의 결정
- 결정이 발효되는 날짜와 결정의 이유
- 결정의 근거가 된 주 또는 연방 규정
- 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 권리
- 정신 건강 플랜에 이의를 제기하는 방법
- 이의에 대한 정신 건강 플랜의 결정이 만족스럽지 않은 경우 주 청문회를 요청하는 방법



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 신속 이의 제기 또는 신속 주 청문회를 요청하는 방법
- 이의를 제기하거나 주 청문회를 요청하는 데 도움을 받는 방법
- 이의를 제기하거나 주 청문회를 요청해야 하는 기간
- 이의 또는 주 청문회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있는 귀하의 권리, 이러한 서비스가 이어지도록 요청하는 방법, 이러한 서비스의 비용을 Medi-Cal에서 부담하는지 여부
- 서비스를 계속 받으려면 이의 또는 주 청문회 요청서를 제출해야 하는 경우.

불리한 혜택 결정 통지서를 받으면 어떻게 해야 하나요?

불리한 혜택 결정 통지를 받으면 통지서의 모든 정보를 주의 깊게 읽으시기 바랍니다. 통지서 내용을 이해하지 못할 경우 정신 건강 플랜에서 도움을 받을 수 있습니다. 다른 사람에게 도움을 요청할 수도 있습니다.

정신 건강 플랜에서 귀하의 서비스가 종료되거나 축소될 것이라고 통보하고 귀하가 그 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 그 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 또는 주 청문회가 결정될 때까지 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 귀하는 불리한 혜택 결정 통지를 받은 후 10 일 이내 또는 변경 효력 발생일 이전에 서비스를 계속 이용하겠다고 요청해야 합니다.



문제 해결 프로세스: 불만 사항 또는 이의 제기

정신 건강 플랜에서 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 하나요?

정신 건강 플랜은 귀하가 원하거나 받고 있는 전문 정신 건강 서비스와 관련된 사안에 대한 불만이나 문제를 해결할 수 있는 절차를 갖춰야 합니다. 이를 문제 해결 프로세스라고 하며 다음과 같은 절차가 포함될 수 있습니다.

1. **고충 처리 절차:** 전문 정신 건강 서비스 또는 정신 건강 플랜과 관련된 사항에 대해 불만을 표하는 절차.
2. **이의 제기 절차:** 정신 건강 플랜 또는 의료 서비스 제공자가 귀하의 전문 정신 건강 서비스에 대해 내린 결정(예: 서비스 거부, 종료 또는 축소)을 검토하는 절차.
3. **주 청문회 절차:** 정신 건강 플랜이 이의 제기를 거부하는 경우 주 행정법 판사에게 행정 청문회를 요청하는 절차.

불만 사항 또는 이의를 제기하거나 주 청문회를 요청하더라도 귀하에게 불리하게 작용하지 않으며 받고 있는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 불만 사항이나 이의를 제기하면 필요한 서비스를 받거나 전문 정신 건강 서비스와 관련된 문제를 해결하는 데 도움이 됩니다. 불만 사항 및 이의를 제기하면 정신 건강 플랜에서 서비스를 개선하는 데 이용할 수 있는 정보가 제공되므로 정신 건강 플랜에도 도움이 됩니다. 불만 사항 또는 이의 제기가 완료되면 정신 건강 플랜에서 귀하와 제공자 등의 관련자에게 최종 결과를 통지합니다. 주 청문회가 결정되면 주 청문회 사무실에서 귀하와 다른 관련자에게 최종 결과를 통보합니다. 아래에서 각 문제 해결 절차에 대한 자세한 내용을 확인하시기 바랍니다.

이의, 불만 사항 제기 또는 주 청문회를 요청하는 데 도움을 받을 수 있나요?

정신 건강 플랜은 이러한 절차를 설명하는 데 도움을 드릴 것이며, 불만 사항, 이의 또는 주 청문회를 요청하는 데 도움을 드립니다. 또한 “신속 이의” 절차 자격이 있는지 결정하는 데 도움을 드릴 수도 있습니다. “신속 이의” 절차란 귀하의 건강이나 안정이 위험한 상태이므로 검토를 더 빨리 진행하는 절차입니다. 또한 정신 건강 전문 의료 서비스 제공자나 옹호관을 포함하여 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 승인할 수도 있습니다.

도움이 필요한 경우 소비자 지원실 1-800-779-0787 로 문의하시기 바랍니다. 정신 건강 플랜은 불만 사항 또는 이의 제기와 관련된 양식을 작성하고 기타 절차 단계를 밟는 데 필요한 합리적인 지원을 제공합니다. 통역 서비스와 TTY/TDD 및 통역사 제공이 가능한 수신자 부담 전화 번호 제공이 지원에 포함되지만, 이에 국한되지는 않습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

문제/질문에 주에서 도움을 줄 수 있나요?

월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지(공휴일 제외), 전화 **888-452-8609** 또는 이메일 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 로 보건의료 서비스부 옴부즈맨 사무실에 연락하시기 바랍니다. **참고:** 이메일 메시지는 기밀로 간주되지 않습니다. 이메일 메시지에 개인 정보를 포함해서는 안 됩니다.

지역 법률 구조 사무소 또는 기타 그룹을 통해 무료 법률 서비스를 받을 수도 있습니다. 또한 캘리포니아 사회 복지부(CDSS)에 **800-952-5253**(TTY의 경우 **800-952-8349**)으로 전화해 공공 문의 및 대응 부서에 연락하여 청문권에 대해 문의할 수도 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

불만 사항 처리 절차

불만 사항이란 무엇인가요?

불만 사항은 이의 제기 및 주 청문회 절차에서 다루는 문제 이외에 전문 정신 건강 서비스와 관련된 사항에 대한 불만족을 표현하는 것입니다.

불만 사항 제기 절차란 무엇인가요?

불만 사항 제기 절차는 서비스나 정신 건강 플랜에 대한 불만 사항 또는 고충을 검토하는 정신 건강 플랜의 절차입니다. 불만 사항은 언제든지 구두 또는 서면으로 제기할 수 있으며, 불만 사항을 제기한다고 해서 권리나 서비스가 상실되지 않습니다. 불만 사항을 제기해도 의료 서비스 제공자가 곤란해지지 않습니다.

다른 사람, 옹호관 또는 의료 서비스 제공자가 귀하를 대신하여 행동하도록 승인할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 승인하는 경우, 정신 건강 플랜은 해당 개인에게 귀하의 정보를 공개할 것을 승인하는 양식에 서명하도록 귀하에게 요청할 수 있습니다.

정신 건강 플랜에서 불만 사항에 결정을 내리는 사람은 결정을 내릴 자격을 갖추어야 하며 이전 단계의 검토나 의사 결정에 관여하지 않아야 합니다.

언제 불만 사항을 제기할 수 있나요?

전문 정신 건강 서비스에 불만이 있거나 정신 건강 플랜과 관련하여 다른 우려 사항이 있는 경우 언제든지 정신 건강 플랜에 고충을 제기할 수 있습니다.

불만 사항을 어떻게 제기하나요?

정신 건강 플랜에 1-800-779-0787 번으로 전화하여 불만 사항에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 불만 사항은 구두 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 구두로 제기한 불만 사항을 서면으로 후속 조치를 취할 필요는 없습니다. 서면으로 불만 사항을 제기하고자 하는 경우, 정신 건강 플랜은 불만 사항을 우편으로 보낼 수 있도록 모든 의료 서비스 제공자의 사무실에 주소가 적힌 봉투를 비치합니다. 주소가 적힌 봉투가 없는 경우, 본 안내서 앞면에 기재된 주소로 직접 불만 사항을 우편으로 보내실 수 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

정신 건강 플랜이 내 불만 사항을 접수했는지 어떻게 알 수 있나요?

정신 건강 플랜은 서면 확인서를 보내 불만 사항을 접수했음을 알립니다.

불만 사항은 언제 결정되나요?

정신 건강 플랜은 불만 사항을 제기한 날로부터 역일 기준 90 일 이내에 불만 사항에 대한 결정을 내려야 합니다. 결정을 위한 이 기간은 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 플랜이 추가 정보를 필요로 하고 기간 연장이 귀하에게 유익하다고 판단하는 경우 역일 기준 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다. 예를 들어 정신 건강 플랜이 귀하나 관련된 다른 사람으로부터 정보를 얻을 시간이 조금 더 있다면 귀하의 불만 사항을 해결할 수 있다고 판단하는 경우, 기간을 연장하면 귀하에게 유익할 수 있습니다.

정신 건강 플랜에서 내 불만 사항에 대한 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요?

불만 사항에 대한 결정이 내려지면 정신 건강 플랜에서 귀하 또는 대리인에게 결정 내용을 서면으로 통지합니다. 정신 건강 플랜이 귀하 또는 영향을 받게 되는 당사자에게 불만 사항 결정을 제때 통지하지 않는 경우, 정신 건강 플랜은 귀하에게 주 청문회를 요청할 권리를 알리는 불리한 혜택 결정 통지서를 제공합니다. 정신 건강 플랜은 기간이 만료되는 날짜에 불리한 혜택 결정 통지서를 제공해야 합니다. 불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못한 경우 정신 건강 플랜에 전화하여 자세한 정보를 요청할 수 있습니다.

불만 사항 제기에 기한이 있나요?

그렇지 않습니다. 언제든지 불만 사항을 제기할 수 있습니다.



이의 제기 절차(표준 및 신속)

정신 건강 플랜은 귀하가 동의하지 않는 정신 건강 플랜의 결정에 대해 이의를 제기하고 정신 건강 플랜 또는 의료 서비스 제공자가 귀하의 전문 정신 건강 서비스에 대해 내린 특정 결정에 검토를 요청할 수 있도록 허용합니다. 검토를 요청하는 두 가지 방법이 있습니다. 하나는 표준 이의 제기 절차를 사용하는 것입니다. 다른 하나는 신속 이의 제기 절차를 사용하는 것입니다. 이 두 가지 이의 제기 절차 유형은 비슷하지만, 신속 이의 제기 자격을 갖추려면 특정한 요구 사항이 있습니다. 구체적인 요구 사항은 아래에 설명되어 있습니다.

표준 이의 제기란 무엇인가요?

표준 이의 제기는 귀하가 필요하다고 생각하는 서비스의 거부 또는 변경과 관련하여 정신 건강 플랜 또는 의료 서비스 제공자가 내린 결정을 검토하도록 요청하는 절차입니다. 표준 이의 제기를 요청하면 정신 건강 플랜에서 검토하는 데 최대 30 일이 소요될 수 있습니다. 30 일을 기다리는 동안 귀하의 건강이 위험해질 수 있다고 생각되면 “신속 이의 제기”를 요청해야 합니다.

표준 이의 제기 절차는 다음과 같습니다.

- 구두 또는 서면으로 이의를 제기할 수 있습니다.
- 이의 제기를 해도 어떤 식으로든 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자에 대해 불이익이 없습니다.
- 의료 서비스 제공자를 포함하여 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 승인할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 승인하는 경우, 정신 건강 플랜은 해당 개인에게 귀하의 정보를 공개할 것을 승인하는 양식에 서명하도록 귀하에게 요청할 수 있습니다.
- 불리한 혜택 결정 통지서에 우편 발송된 날짜 또는 직접 전달된 날로부터 10일 이내에 이의 신청을 하면 혜택이 계속 유지됩니다. 이의 제기를 보류하는 동안 지속된 서비스에 대한 비용은 지불하지 않아도 됩니다. 하지만 귀하가 혜택을 지속 이용하겠다고 요청하였으나, 귀하가 받고 있는 서비스를 축소하거나 중단하기로 한 결정을 확정하도록 최종 이의 결정이 내려지면 이의 제기를 보류하는 동안 제공된 서비스 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 이의에 대한 결정을 내릴 사람에게 그러한 자격이 있고, 이전 검토 또는 의사 결정 단계에 관여하지 않는지 확인합니다.
- 귀하 또는 대리인이 이의 제기 절차 전과 이의 제기 절차 중에 귀하의 의료 기록과 더불어 이의 제기 절차에서 고려되는 기타 문서 또는 기록 등의 사례 파일을 검토할 수 있도록 허용합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 직접 또는 서면으로 증거와 증언을 제시하고 법적 및 사실적 주장을 할 수 있는 합리적인 기회를 귀하에게 제공합니다.
- 귀하, 대리인, 사망한 수혜자 재산의 법적 대리인이 이의 제기의 당사자에 포함될 수 있게 합니다.
- 서면 확인서를 보내 이의 제기를 검토하고 있음을 알립니다.
- 정신 건강 플랜에 대한 이의 제기 절차가 완료된 후 주 청문회를 요청할 권리가 있음을 알립니다.

언제 이의를 제기할 수 있나요?

다음 상황 중 하나에 해당하는 경우 정신 건강 플랜에 이의를 제기할 수 있습니다.

- 정신 건강 플랜 또는 계약을 맺은 의료 서비스 제공자 중 한 명이 귀하가 의학적 필요성 기준을 충족하지 못하여 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 받을 자격이 없다고 결정한 경우.
- 의료 서비스 제공자가 귀하에게 전문 정신 건강 서비스가 필요하다고 판단하여 정신 건강 플랜에 승인을 요청했지만 정신 건강 플랜이 이에 동의하지 않고 의료 제공자의 요청을 거부하거나 서비스 유형 또는 빈도를 변경하는 경우.
- 의료 서비스 제공자가 정신 건강 플랜에 승인을 요청했지만 정신 건강 플랜이 결정을 내리기 위해 더 많은 정보를 필요로 하여 승인 절차를 제때 완료하지 못한 경우.
- 정신 건강 플랜이 정신 건강 플랜에서 설정한 일정에 따라 서비스를 제공하지 않은 경우.
- 귀하가 자신의 필요를 충족할 만큼 정신 건강 플랜에서 서비스를 충분히 빨리 제공하지 않는다고 생각하는 경우.
- 불만 사항, 이의 또는 신속 이의가 제때 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 의료 서비스 제공자가 귀하에게 필요한 전문 정신 건강 서비스에 대해 동의하지 않는 경우.

어떻게 이의를 제기할 수 있나요?

이의 제기에 도움을 받으려면 정신 건강 플랜 1-800- 779-0787, TTY: 711 로 전화하시기 바랍니다. 정신 건강 플랜은 우편으로 이의를 보낼 수 있도록 모든 의료 서비스 제공자의 사무실에 주소가 적힌 봉투를 비치합니다. 주소가 적힌 봉투가 없는 경우, 본 안내서 앞부분의 주소로 직접 이의 신청서를 우편으로 보내거나 이메일 QAOffice@acgov.org 또는 팩스 510-639-1346 로 이의를 제출할 수 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

이의가 결정되었는지 어떻게 알 수 있나요?

정신 건강 플랜은 귀하의 이의 결정에 대해 귀하나 대리인에게 서면으로 통지합니다. 통지에는 다음 정보가 포함됩니다.

- 이의 해결 절차의 결과
- 이의 결정이 내려진 날짜
- 이의가 귀하에게 전적으로 유리하게 해결되지 않은 경우, 통지서에는 주 청문회에 대한 귀하의 권리 및 주 청문회 제출 절차에 관한 정보도 포함됩니다.

이의 제출 마감일이 있나요?

불리한 혜택 결정 통지일로부터 60 일 이내에 이의를 제기해야 합니다. 불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못한 경우 이의를 제기해야 하는 기한은 없습니다. 따라서 이러한 유형의 이의는 언제든지 제기할 수 있습니다.

이의 제기에 대한 결정은 언제 내려지나요?

정신 건강 플랜은 정신 건강 플랜에서 이의 제기 요청을 접수한 날로부터 역일 기준 30 일 이내에 이의 제기 여부를 결정해야 합니다. 이 결정 기간은 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 플랜이 추가 정보를 필요로 하고 기간 연장이 귀하에게 유익하다고 판단하는 경우 역일 기준 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다. 예를 들어 정신 건강 플랜이 귀하나 의료 서비스 제공자로부터 정보를 얻을 시간이 조금 더 있다면 귀하의 이의를 해결할 수 있다고 판단하는 경우 기간을 연장하면 귀하에게 유익할 수 있습니다.

이의 결정이 내려질 30 일을 기다릴 수 없으면 어떻게 하나요?

신속 이의 절차 자격이 있으면 이의 절차를 더 빠르게 진행할 수 있습니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

신속 이의란 무엇입니까?

신속 이의란 이의를 더 빠르게 결정하는 방법입니다. 신속 이의 절차는 표준 이의 절차와 유사한 절차를 따릅니다. 그러나 표준 이의를 기다리면 귀하의 정신 건강 상태를 악화시킬 수 있음을 증명해야 합니다. 또한, 신속 이의 절차에서 따르는 기한은 표준 이의와 다릅니다. 정신 건강 플랜은 72 시간 내에 신속 이의 제기를 검토합니다. 신속 이의를 구두로 요청할 수 있습니다. 신속 이의 제기 요청을 서면으로 제출할 필요는 없습니다.

언제 신속 이의를 제기할 수 있나요?

표준 이의 결정을 위해 가장 30 일을 기다리면 귀하의 생명, 건강 또는 기능을 획득, 유지, 회복할 능력이 저해될 거라 판단되는 경우 신속 이의를 통해 해결하도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의가 신속 이의 제기 요건을 충족한다는 데 정신 건강 플랜이 동의하는 경우, 정신 건강 플랜은 이의를 접수한 후 72 시간 이내에 신속 이의 제기를 해결합니다. 결정을 위한 이 기간은 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 플랜이 추가 정보를 필요로 하고 기간 연장이 귀하에게 이익이 있다고 제시하는 경우 역일 기준 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다.

정신 건강 플랜이 기간을 연장하는 경우, 정신 건강 플랜에서 기간을 연장한 이유를 서면으로 설명합니다. 정신 건강 플랜에서 귀하의 이의가 신속 이의에 해당하지 않는다고 결정하는 경우, 정신 건강 플랜은 귀하에게 신속하게 구두 통지를 제공하기 위해 합당한 노력을 기울여야 하며 역일 기준 2 일 이내에 결정 이유를 서면으로 통지합니다. 그러면 이의에는 이 섹션의 앞부분에 설명된 표준 이의 기간 일정이 적용됩니다. 귀하의 이의가 신속 이의 기준을 충족하지 않는다는 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

정신 건강 플랜이 귀하의 신속 이의를 해결하면 정신 건강 플랜은 귀하와 영향을 받는 모든 당사자에게 구두 및 서면으로 통지합니다.



주 청문회 절차

주 청문회란 무엇입니까?

주 청문회는 캘리포니아 사회 복지부에서 근무하는 행정법 판사가 수행하는 독립적인 검토 과정으로서, Medi-Cal 프로그램에 따라 귀하가 이용할 수 있는 전문 정신 건강 서비스를 받도록 하기 위해 실시됩니다. <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 에서 캘리포니아 사회 복지부를 방문하여 추가적인 리소스를 확인하실 수도 있습니다.

나의 주 청문권은 무엇인가요?

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 행정법 판사 주관 청문회(주 청문회라고도 함)를 실시할 권리
- 주 청문회를 요청하는 방법에 대한 정보를 안내받을 권리
- 주 청문회에서의 진술에 적용되는 규칙에 대해 안내받을 권리
- 요구되는 기간 내에 주 청문회를 요청한 경우 주 청문회 과정 진행 동안 귀하의 요청에 따라 혜택을 지속적으로 받을 권리

언제 주 청문회를 신청할 수 있나요?

다음 상황 중 하나에 해당하는 경우 주 청문회를 신청할 수 있습니다.

- 이의를 제기했으나 정신 건강 플랜에서 귀하의 이의 제기 요청이 거부되었다는 내용의 이의 제기 해결 서신을 받은 경우.
- 불만 사항, 이의 또는 신속 이의가 제때 해결되지 않은 경우.



주 청문회는 어떻게 요청하나요?

주 청문회는 다음과 같이 요청할 수 있습니다.

- 온라인: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 서면: 불리한 혜택 결정 통지서에 표시된 주소로 카운티 복지부에 요청서를 제출하거나 우편을 다음 주소로 보내 요청서를 제출하십시오.

캘리포니아 사회복지부(California Department of Social Services)
주 청문회 부서(State Hearings Division)
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

또는 팩스: **916-651-5210** 또는 **916-651-2789**.

주 청문회 또는 신속 주 청문회를 요청할 수도 있습니다.

- 전화: 주 청문회 부서(수신자 부담 전화) **800-743-8525** 또는 **855-795-0634**로 전화하거나 공공 문의 및 대응 라인(수신자 부담 전화) **800-952-5253** 또는 TDD **800-952-8349**로 연락하시기 바랍니다.

주 청문회를 요청할 수 있는 기한이 있나요?

예, 주 청문회를 요청할 수 있는 기간은 120일입니다. 정신 건강 플랜이 이의 결정 통지서를 직접 전달한 다음 날, 또는 정신 건강 플랜 이의 결정 통지서의 소인 날짜 다음 날부터 120일이 계산됩니다.

불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못한 경우 언제든지 주 공청회를 신청할 수 있습니다.

주 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있나요?

현재 승인된 서비스를 받고 있고 주 청문회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받기를 원하는 경우, 불리한 혜택 결정 통지서를 받은 날로부터 10 일 이내 또는 정신 건강 플랜에서 서비스가 중단 또는 축소될 것이라고 명시한 날짜 이전에 주 청문회를 요청해야 합니다. 주 청문회를 요청할 때는 주 청문회 절차가 진행 중일 때도 서비스를 계속 받고 싶다는 의사를 밝혀야 합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

귀하가 서비스를 지속 이용하겠다고 요청하였으나, 귀하가 받고 있는 서비스를 축소하거나 중단하기로 한 결정을 확증하도록 최종 주 청문회 결정이 내려지면 주 청문회를 보류하는 동안 제공된 서비스 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

나의 주 청문회에 대한 결정은 언제 내려지나요?

주 청문회를 요청한 후 사례를 결정해 답변을 발송하는 데 최대 90일이 소요될 수 있습니다.

주 청문회를 더 빨리받을 수 있나요?

오래 기다리면 건강에 해가 될 것이라 생각되는 경우, 영업일 기준 3일 이내에 답변을 받을 수 있습니다. 담당 의사나 정신건강 전문가에게 서신을 써달라고 요청하십시오. 귀하가 직접 서신을 작성할 수도 있습니다. 서신에는 귀하의 사건이 결정될 때까지 최대 90일을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최상의 기능을 획득, 유지 또는 회복하는 능력에 어떻게 심각한 해를 끼칠 수 있는지에 대해 자세히 설명해야 합니다. 그런 다음 “신속 청문회”를 요청하고 청문회 요청서와 함께 서신을 제출하십시오.

주 청문회 부서의 사회 복지부는 신속 주 청문회에 대한 귀하의 요청을 검토하고 자격이 있는지 결정할 것입니다. 신속 청문회 요청이 승인되면 청문회가 열리고 주 청문회 부서에 요청이 접수된 날로부터 영업일 기준 3일 이내에 청문회 결정이 내려집니다.



사전 의료지시서

사전 의료지시서란 무엇인가요?

귀하는 사전 의료지시서를 받을 권리가 있습니다. 사전 의료지시서는 캘리포니아 법에 따라 인정되는 귀하의 건강 의료 사항에 대한 서면 지침입니다. 여기에는 직접 말할 수 없는 경우에 어떻게 의료 서비스를 제공받기를 원하는지, 또는 어떤 결정을 내리고 싶은지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 사망 선택 유언 또는 대리인 위임장이라 불리는 사전 의료지시서에 대해 살펴보셨을 수 있습니다.

캘리포니아 법은 사전 의료지시서를 구두 또는 서면으로 된 개인 건강 의료 사항 지침 또는 위임장(다른 사람에게 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하는 서면 문서)으로 정의합니다. 모든 정신 건강 플랜은 적절한 사전 지시서 정책을 마련해야 합니다. 정신 건강 플랜은 정신 건강 플랜의 사전 지시서 정책에 대한 서면 정보 및 주법에 대한 설명을 요청받으면 이를 제공해야 합니다. 해당 정보를 요청하려면 정신 건강 플랜에 전화하여 자세한 정보를 문의하시기 바랍니다.

사전 의료지시서는 자신의 치료 지침을 직접 표현할 수 없는 경우 자신의 치료를 통제할 수 있기 위해 고안되었습니다. 건강 의료 결정을 직접 내릴 수 없게 되었을 때 무엇을 원하는지 미리 표현할 수 있는 법적 문서입니다. 치료, 수술을 수락 또는 거부하거나, 기타 건강 관리를 선택할 권리 등이 포함될 수 있습니다. 캘리포니아에서 사전 의료지시서는 두 부분으로 구성됩니다.

- 건강 의료 관리에 대해 결정할 대리인(사람) 임명, 그리고
- 귀하의 개인 건강 의료 지침

귀하의 정신 건강 플랜 또는 온라인에서 사전 지시서 양식을 받으실 수 있습니다. 캘리포니아에서 귀하는 모든 의료 서비스 제공자에게 사전 의료지시서 지침을 제공할 권리가 있습니다. 언제든지 자신의 사전 의료지시서를 변경하거나 취소할 권리도 있습니다.

사전 의료지시서 요구 사항에 관한 캘리포니아 법률에 대해 문의 사항이 있는 경우 다음 주소로 서신을 보낼 수 있습니다.

캘리포니아 법무부(California Department of Justice)
수신: 공공 문의 부서(Public Inquiry Unit),
P.O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>.
ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

수혜자의 권리와 책임

전문 정신건강 서비스의 수혜자로서 나의 권리는 무엇인가요?

Medi-Cal 수혜 자격이 있는 사람은 정신 건강 플랜으로부터 의학적으로 필요한 전문 정신 건강 서비스를 받을 권리가 있습니다. 이러한 서비스를 이용할 경우 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 개인의 존엄성과 사생활을 존중받으며 인격적 대우를 받을 권리.
- 이용할 수 있는 치료 옵션에 대한 정보를 받고 이해할 수 있는 방식으로 설명을 들을 권리.
- 치료를 거부할 권리를 포함하여 정신 건강 관리에 관한 결정에 참여할 권리.
- 구속이나 격리하기 위해 강압, 징계, 편의, 처벌 또는 보복의 수단으로 사용되는 모든 형태의 구속 또는 격리를 당하지 않을 권리.
- 귀하의 의료 기록 사본을 요청하여 받아보고, 필요한 경우 변경 또는 수정을 요청할 권리.
- 정신 건강 플랜이 보장하는 서비스, 정신 건강 플랜의 기타 의무, 여기에 설명된 바와 같은 귀하의 권리에 대한 본 안내서의 정보를 받을 권리. 이해하기 쉬우며 미국 장애인법을 준수하는 형식으로 본 정보 및 정신 건강 플랜에서 제공하는 기타 정보를 받을 권리도 있습니다. 예를 들어, 정신 건강 플랜은 정신 건강 플랜 수혜자 중 최소 5% 또는 3,000명 중 적은 수가 사용하는 언어로 서면 정보를 제공해야 하며, 다른 언어를 사용하는 사람들을 위해 무료로 구두 통역 서비스를 제공해야 합니다. 시각 장애가 있거나 시력이 제한적인 사람, 읽기에 어려움을 겪는 사람 등 특별한 도움이 필요한 사람들을 위해 정신 건강 플랜에서 다른 자료를 제공해야 한다는 점을 의미하기도 합니다.
- 서비스 가용성, 적절한 수용 능력 및 서비스 보장, 치료의 조정 및 연속성, 서비스 보장 및 승인에 대해 주와 계약을 맺은 정신 건강 플랜으로부터 전문 정신 건강 서비스를 받을 권리. 정신 건강 플랜은 다음을 수행해야 합니다.
 - 전문 정신 건강 서비스를 받을 자격이 있는 모든 Medi-Cal 수혜자가 적시에 서비스를 받을 수 있도록 충분한 의료 서비스 제공자를 고용하거나 서면 계약을 체결합니다.
 - 플랜에 서비스를 제공할 수 있는 직원이나 계약을 맺은 의료 서비스 제공자가 없는 경우 의학적으로 필요한 서비스를 네트워크 외부에서 적시에 이용할 수 있도록 보장합니다. “네트워크 외부 의료 서비스 제공자”는 정신 건강 플랜 의료 서비스 제공자 목록에 없는 제공자를 의미합니다. 정신 건강 플랜은 네트워크 외부 의료 서비스 제공자에게 진료를 받는 경우 귀하가 추가 비용을 지불하지 않도록 해야 합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 의료 서비스 제공자가 보장하기로 동의한 전문 정신 건강 서비스를 제공할 수 있도록, 의료 제공자의 훈련 여부를 확인합니다.
 - 정신 건강 플랜에서 보장하는 전문 정신 건강 서비스의 금액, 기간, 범위가 Medi-Cal 적격 수혜자의 필요를 충족시키기에 충분한지 확인합니다. 정신 건강 플랜 서비스에 대한 지불 승인 시스템이 의학적 필요성에 기반하고 있는지, 의학적 필요성 기준이 공정하게 적용되는지 확인하는 것도 포함됩니다.
 - 의료 서비스 제공자가 서비스를 받을 대상에게 적절한 평가를 수행하고, 이들과 협력하여 제공될 치료와 서비스에 대한 목표를 개발하도록 합니다.
 - 귀하가 정신 건강 플랜 네트워크 내외부의 유사적 전문가의 2차 소견을 요청할 경우 추가 비용 없이 제공합니다.
 - Medi-Cal 관리형 케어 플랜을 통해 제공되는 서비스, 또는 필요한 경우에 1차 의료 서비스 제공자와 함께 제공하는 서비스와 함께 정신 건강 플랜에서 제공하는 서비스를 조정하고, 건강 정보 보호에 관한 연방 규정에 명시된 대로 개인 정보를 보호합니다.
 - 응급 정신과적 상태나 긴급 또는 위기 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우 하루 24시간, 주 7일 이용 가능한 서비스를 포함하여 적시에 치료를 제공합니다.
 - 영어 능력이 제한적이거나 다양한 문화적, 인종적 배경을 가진 사람들을 포함해 모든 사람들에게 문화적으로 유능한 방식으로 서비스를 제공하도록 장려하는 주 정부의 활동에 참여합니다.
- 정신 건강 플랜은 관련 연방법 및 주법을 준수해야 합니다(예: 1964년 민권법 제VI편 (45 CFR 파트 80의 규정에 따라 시행), 1975년 연령차별법(45 CFR 파트 91의 규정에 따라 시행), 1973년 재활법, 1972년 교육 수정안 제IX편(교육 프로그램 및 활동 관련), 미국 장애인법 제II편 및 제III편, 환자보호 및 부담적정 의료법 1557절, 여기에 설명된 권리). 즉 귀하는 치료를 받아야 하며 차별 받지 않아야 합니다.
 - 귀하에게는 정신 건강 치료에 관한 주법에 따라 추가적인 권리가 있습니다. 해당 카운티의 환자 권리 옹호관에게 연락하려면 다음 전화 번호로 문의할 수 있습니다. 1-800-734-2504 또는 (510) 835-2505.

전문 정신 건강 서비스의 수혜자로서 나의 책임은 무엇인가요?

전문 정신 건강 서비스 수혜자는 다음의 사항을 준수할 책임이 있습니다.

- 본 수혜자 안내서와 정신 건강 플랜의 기타 중요한 정보 자료를 주의 깊게 읽어보시기 바랍니다. 해당 자료는 이용 가능한 서비스와 필요할 때 치료를 받는 방법을 알아보는 데 유용합니다.



1-800-491-9099(TTY: 711)로 알라미다 카운티 행동 건강 ACCESS 프로그램에 전화하거나 온라인으로 다음 주소를 방문하십시오. <https://www.acbhcs.org/>. ACCESS 라인은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다.

- 예정대로 치료에 참석하십시오. 의료 서비스 제공자와 협력하여 치료 목표를 세우고 목표에 따라 치료하면 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 치료 예약을 지킬 수 없는 경우 최소 24시간 전에 의료 서비스 제공자에게 전화하여 다른 날짜와 시간으로 일정을 변경하십시오.
- 진료를 받을 때는 항상 Medi-Cal 혜택 식별 카드(BIC)와 사진이 부착된 신분증을 소지하십시오.
- 예약 전에 통역사가 필요한지 의료 서비스 제공자에게 알려십시오.
- 의료 서비스 제공자에게 모든 의학적 우려 사항을 알려십시오. 귀하의 필요에 대한 정보를 더 완전하게 공유할수록 더욱 성공적인 치료가 가능합니다.
- 의료 서비스 제공자에게 궁금한 점이 있으면 문의하십시오. 치료 중에 받는 정보를 완전히 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하와 의료 서비스 제공자가 합의 하에 계획한 조치 단계를 따르시기 바랍니다.
- 서비스에 문의 사항이 있거나 의료 서비스 제공자와 해결할 수 없는 문제가 있는 경우 정신 건강 플랜에 문의하시기 바랍니다.
- 개인 정보에 변경 사항이 있는 경우 의료 서비스 제공자와 정신 건강 플랜에 알려주시기 바랍니다. 여기에는 주소, 전화 번호, 치료 참여 능력에 영향을 줄 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 치료를 제공하는 직원을 존중하고 예의바르게 대해 주십시오.
- 사기 또는 부정 행위가 의심되는 경우 신고하십시오.
 - 보건의료 서비스부는 Medi-Cal에서 사기, 낭비 또는 남용이 의심되는 사람을 DHCS Medi-Cal 사기 핫라인 **1-800-822-6222**로 알려주실 것을 요청합니다. 긴급 상황이라고 생각되면 **911**에 전화하여 즉시 도움을 받으십시오. 통화는 무료이며 발신자는 익명으로 처리될 수 있습니다.
 - 또한 사기 또는 남용이 의심되는 경우 이메일 fraud@dhcs.ca.gov로 신고하거나 온라인 양식 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>을 사용하여 신고할 수 있습니다.



차별 금지 고지

차별은 법에 저촉됩니다. 알라미다 카운티 행동 건강(ACBH)은 주 민권법 및 연방 민권법을 준수합니다. ACBH는 신체적 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 신분, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향 등을 이유로 불법적으로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

ACBH는 다음을 제공합니다.

- 장애인의 원활한 소통을 위해 다음과 같은 무료 보조 도구 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 기타 형식의 서면 정보(큰 활자, 점자, 오디오 또는 이용 가능한 전자 형식)
 - 모국어가 영어가 아닌 분들을 위한 무료 언어 서비스
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 기타 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 알라미다 카운티 연중 무휴 24시간 ACCESS 라인 1-800-491-9099로 문의하시기 바랍니다. 듣거나 말하는 데 도움이 필요하시면 문자 전송 전화로 전화하십시오(TTY: 711). 요청에 따라 본 문서를 점자, 큰 활자, 오디오 또는 이용 가능한 전자 형식으로 제공할 수 있습니다.

민원 제기 방법

ACBH가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 신체적 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 그룹 신분, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향에 근거하여 다른 방식을 통해 불법적으로 차별했다고 생각하는 경우, 알라미다 카운티 행동 건강 소비자 지원실(Alameda County Behavioral Health Consumer Assistance)에 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 방문을 통해 민원을 제기할 수 있습니다:

- 전화: 월요일부터 금요일, 오전 9시부터 오후 5시까지 1-800-779-0787번 소비자 지원부에 문의하세요. 듣거나 말하는 데 도움이 필요하시면 문자 전송 전화 TTY: 711로 문의하시기 바랍니다.
- 서면: 민원 신청서를 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내주세요.

소비자 지원부(Consumer Assistance)
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

- 방문: 담당 의료 서비스 제공자의 사무실 또는 정신건강 협회(Mental Health Association, 주소: 954 60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608)를 방문하여 민원을 제기할 의사가 있음을 전달하십시오.
- 민원 제기 양식은 온라인으로 확인할 수 있습니다. <https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>를 방문하십시오.

민권 사무소(OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 캘리포니아주 보건의료 서비스부(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

전화, 서면 또는 전자 문서로 캘리포니아주 보건의료 서비스부 민권 사무소에 민권 관련 민원을 제기할 수도 있습니다:

- 전화: **916-440-7370**으로 전화하세요. 말하거나 듣는 데 도움이 필요하시면 **711(캘리포니아주 중계 서비스)**로 연락하시기 바랍니다.
- 서면: 민원 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

보건의료 서비스부 민권 사무소(Department of Health Care Services Office of Civil Rights) P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

- 민원 제기 양식은 <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>에서 확인할 수 있습니다.
- 전자 문서: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

민권 사무소 - 미국 보건 복지부(U.S. Department of Health and Human Services)

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각하는 경우 미국 보건 복지부 민권 사무소에 전화, 서면 또는 전자적 방식으로 민원을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: **1-800-368-1019**로 전화하세요. 말하거나 듣는 데 도움이 필요하시면 **TTY/TDD 1-800-537-7697**로 전화하십시오.
- 서면: 민원 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

미국 보건 복지부(U.S. Department of Health and Human Services)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

- 민원 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 확인할 수 있습니다.
- 전자 문서: 민권 사무소 민원 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>을 방문하세요.

언어 태그 라인

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-491-9099 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-491-9099 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-491-9099 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-491-9099 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-491-9099 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-491-9099 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-491-9099 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-491-9099 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-491-9099 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-491-9099 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-491-9099 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-491-9099 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-491-9099 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-491-9099 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-491-9099 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-491-9099 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-491-9099 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-491-9099 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-491-9099 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.