

보안 대상인 건강 관련 정보의 사용 혹은 공개 허가서

연방법에 의해 모든 의료 보험 회사, 병원 또는 의사는 허가없이 치료나 의료비 지불 혹은 치료를 위한 운영상의 필요 이외의 다른 용도를 위하여 보안 대상인 개인의 건강 관련 정보(Protected Health Information, 혹은 PHI)를 공개할 수 없습니다. 보안 대상인 건강 관련 정보를 연금국에 보내도록 허가하기 위해서는 의료 보험 가입자, 배우자, 법적 후견인 또는 법적 대리인이 본 허가서를 작성하고 서명해야 합니다.

여러 혜택 플랜 중 의료 플랜이 아닌 연금국 프로그램이나 다른 혜택 플랜을 위하여 건강 관련 정보가 필요할 때만 본 양식을 제출해야 하는 점에 유의하십시오. 아래의 모든 문항에 빠짐없이 답변해 주십시오.

1. 누구의 건강 관련 정보를 공개하는 것을 허가합니까? (아래 문항에 글씨를 정자로 써서 답하고 해당 네모칸에 체크하십시오.)

이름 _____ 사회보장번호 _____

법적 후견인/대리인의 성명 (해당하는 경우) _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 () _____

의료 보험 가입자 배우자 부양 자녀

2. 연금국에 보내기를 허가하는 개인 건강 관련 정보를 가진 보험 회사, 의사, 진료소, 병원, 또는 헬스케어 제공자/기관의 이름 (해당 네모칸에 체크하고 아래에 기입하십시오.)

의료 보험 플랜 의사 병원 다른 헬스케어 제공자/기관

이름 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 () _____

3. 건강 관련 정보를 공개하기를 허가하는 대상자

본인은 위의 2번에 지정한 사람이나 기관이 아래의 연금국 부서에 보안 대상인 건강 관련 정보를 보내는 것을 허가합니다.

모든 부서 사망 장애 혜택 부서 보조 프로그램

기타 _____

4. 사용이나 공개를 허가하는 건강 관련 정보

A. 다음의 날짜 또는 그 이후에 받은 의료 서비스에 대한 건강 보험 기록 전체: ____/____/____

B. 아래의 건강 관련 정보에 한하여 공개: (의료 서비스를 받은 날짜, 종류, 공개하기를 원하는 정도에 대한 상세한 내용, 정보의 출처 같은 자세한 내용을 구체적으로 기술하십시오.)

주의 사항: 위의 구체적인 제한 사항이 없는 한, 본 허가서는 보험 회사, 의사, 병원 또는 본 허가서에 기술된 목적을 위한 모든 개인 건강 관련 정보를 사용하거나 공개할 권리를 부여 합니다. 건강 관련 정보는 정신 건강, 약물 남용, 성병(HIV 같은), 암과 유전자 이상 등에 관한 모든 진단과 치료를 포함합니다.

5. 허가의 목적

연금국으로 하여금 위의 2번에 명시된 의료 보험 플랜이나 헬스케어 제공자로부터 건강 관련 정보를 받고 사용할 수 있게 합니다.

기타 _____

6. 본 허가의 지속 기간

본 허가는 다음 날짜에 만료되거나: ____/____/____ 또는 다음의 사건이 발생하면 만료됩니다:

7. 허가를 취소할 수 있는 권리

본인은 2번에 명시한 해당자에게 서면으로 통지함으로써 언제든지 본 허가를 취소할 권리가 있는 것을 이해합니다.

8. 개인 비밀 보장에 관한 권리의 이해

본인은 다음 사항들을 이해합니다:

- 본 허가서에 의해 공개가 허가된 대상자가 취소 통보 전에 사용하거나 공개한 건강 관련 정보에 대하여서는 취소 통보가 유효하지 않습니다.
- 본 허가서에 의해 사용 혹은 공개된 건강 관련 정보는 지정 대상자에 의해 다시 공개될 수도 있기 때문에 연방법 혹은 주법의 보호를 더 이상 받지 못할 수도 있습니다.
- 본인의 의료 보험 플랜이나 헬스케어 제공자는 본 건강 관련 정보 허가서의 제출 여부에 따라 본인의 치료, 의료 청구서 지불, 등록, 혹은 가입 자격등을 제한할 수 없습니다.

본인은 다음의 권리를 소유하고 있음을 이해합니다:

- 본 허가서에 서명하는 것을 거부할 수 있습니다.
- 연방법에 의해 (혹은 해당 주가 더 많은 이용 권리를 제공할 경우 주법에 의해) 사용하거나 공개할 수 있는 보안 대상인 건강 관련 정보를 검토하고 복사할 수 있습니다.

본인은 본 허가서의 복사 사본이나 팩스 사본을 사용하는 것을 허가합니다.

이름

(의료 보험 가입자, 배우자, 혹은 법적 대리인의 이름을 정자로 기입하십시오.)

법적 후견인이나 다른 법적 대리인일 경우, 해당 네모칸에 체크하여 대리인 권한의 종류를 설명하십시오.

- 친부모/양부모
- 법원 명령에 의한 후견인 (연금국의 사전 승인을 받지 않은 경우 사본을 첨부하십시오.)
- 법적 위임권을 가진 대리인 (연금국의 사전 승인을 받지 않은 경우 사본을 첨부하십시오.)
- 기타 _____

서명

(의료 보험 가입자, 배우자, 또는 법적 대리인의 서명)

날짜

연락처

- 연금국 담당자가 본 허가서를 연금국으로 직접 보내도록 요청하였으면, 아래의 주소로 보내십시오.
- 연금국 담당자가 본 허가서를 의사나 병원 같은 헬스케어 제공자에게 보내도록 요청하였으면, 본 양식을 보내면서 1번에 지정한 사람의 건강 관련 정보를 연금국으로 보내도록 요청하십시오.
- 본 양식을 어디로 보내야 할 지 확실하지 않을 때에는 연금국에 아래의 전화 번호로 문의하십시오.

The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.)

2000 Market Street

Philadelphia, PA 19103-3298

800-773-7752 혹은 800-PRESPLAN