



## AIDS 약물 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program; ADAP) 피보호자의 개인 정보 및 의료 정보 공개를 위한 수집 동의 및 위임

AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)은 캘리포니아 공중 보건국(CDPH) AIDS 사무국이 운영하는 보조금 프로그램으로, 인간 면역 결핍 바이러스(HIV)에 감염된 사람들에게 처방약 치료 및 기타 건강 서비스를 제공합니다. ADAP에는 처방약 지원 프로그램과 보험 지원 프로그램이 포함됩니다. ADAP 서비스를 신청하는 개인은 자격 기준을 충족해야 합니다. 이 서비스는 캘리포니아에 거주하고 HIV 음성이며, 무보험 또는 보험이 부족한 사람으로, Medi-Cal에 의해 전액 보장되지 않으며, 가족 규모와 가계 소득에 따라 연방 빈곤 수준의 최대 500%까지 수정 조정 총소득이 있는 사람에게만 제공됩니다. CDPH는 등록 기관, 임상 제공자 및 기타 기관(총칭하여 "대리인")과 계약하여 ADAP 관리를 지원합니다.

이 양식에 서명함으로써 귀하는 CDPH와 그 대리인이 귀하의 ADAP 자격 여부를 확인하기 위해 다른 주 및 연방 기관 또는 귀하의 의료 서비스 제공자로부터 귀하에 대한 정보를 얻을 수 있도록 허용합니다. 또한 등록 기관이 귀하를 ADAP에 등록하기 위해 귀하의 정보를 수집하도록 허용하게 됩니다.

귀하가 CDPH와 대리인에게 수집하도록 허가한 정보에는 귀하의 이름, 생년월일, 사회보장번호, 소득, 인구통계 데이터, HIV 검사 결과, 진단 및 기타 의료 정보, 그리고 건강 혜택 정보가 포함됩니다.

CDPH 대리인의 승인된 인력만이 귀하의 정보에 접근할 수 있으며, 캘리포니아 법률 및 1996년 건강보험 양도성 및 책임법 (Health Insurance Portability and Accountability Act; HIPAA)에 따라 필요한 경우에만 접근할 수 있습니다. 비밀 유지 계약은 피보호자의 구체적인 승인을 받았거나 법률에 따라 허용되는 경우를 제외하고는 고객 정보를 비밀로 유지하는 계약을 체결합니다. 공개된 정보는 재공개될 수 있으며, 보호 대상 기관이 아닌 다른 사람에게 공개될 경우 더 이상 보호를 받지 못합니다.

이 양식에 서명함으로써 귀하는 CDPH와 ADAP 관리에 관여하는 대리인이 귀하의 정보를 수집하고 사용하도록 허용하며, 다음과 같은 목적을 위해 귀하에 관한 정보를 공개하는 데 동의합니다.

- 관련 담당자들은 ADAP 관리와 직접적으로 관련된 프로그램 적격성 확인, 치료 및 혜택 조정, 프로그램 모니터링 및 평가, 기타 목적을 위해 서로 연락합니다.
- 관련 담당자들은 주 및 연방 보고 요구 사항을 준수하기 위해 서로 연락합니다.

- 관련 담당자들은 ADAP 관리와 직접 관련된 프로그램 적격성 확인 및 기타 목적을 위해 보건 서비스부, 프랜차이즈 세무 위원회, Covered California, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터, 기타 연방 및 주 기관과 필요한 경우 서로 연락합니다.
- 관련 담당자들은 ADAP 관리와 직접적으로 관련된 약물 청구 범위 및 기타 목적을 조정하기 위해 귀하의 의료 서비스 제공자와 소통합니다.
- Ryan-White 에서 자금을 지원하는 프로그램을 활용하여 피보호자의 자격 및 치료를 조정합니다.
- 관련 담당자들은 본 프로그램의 모니터링과 평가를 위해 지역 보건소를 오가며 진료를 용이하게 하고 치료 연계성을 강화합니다.
- 관련 담당자들은 법률이 요구하는 바에 따라 캘리포니아주 감사원, 캘리포니아 데이터 통찰력 및 혁신 센터, 캘리포니아 정보 보안 사무국 또는 기타 주 및 연방 기관으로 정보를 주고 받습니다.

연방법과 주법에 따라 ADAP 는 최후의 지불 수단입니다. ADAP 에서 얻은 서비스나 항목에 대해 다른 연방, 주 또는 민간 기관이 비용을 지불했어야 한다고 판단되는 경우 ADAP 또는 그 대리인은 환급을 받기 위해 해당 기관에 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다. 이 과정을 통해 주요 보험 계약자에게 혜택 설명이 전달될 수 있지만 해당 계약자는 ADAP 피보호자가 아닐 수도 있습니다

ADAP 보험 지원 프로그램에 등록하거나 신청하는 경우, 자격을 갖춘 ADAP 피보호자에게 건강 보험료 지불 및 의료비 자기부담금 지불 지원을 제공하는 이 양식에 서명함으로써 귀하는 CDPH 와 그 대리인이 귀하의 정보를 건강 보험 플랜, 통합 총괄 예산 조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act; COBRA) 관리자, 고용주 및 고용주가 관리하는 건강 보험 플랜에 귀하의 자격을 판단하고 ADAP 관리와 직접 관련된 기타 목적을 위해 필요에 따라 공개할 수 있도록 허용합니다.

보험 적용이 되지 않는 ADAP 에 등록한 경우, 이 양식에 서명함으로써 CDPH 와 그 대리인이 귀하에 대한 정보를 공유하여 포괄적 건강 보험 탐색 서비스를 조정하고 ADAP 가 최후의 지불자가 되도록 허용합니다.

\_\_\_\_\_ (참여를 원하면 여기에 이니셜을 입력하세요). 의료 모니터링 프로젝트(Medical Monitoring Project; MMP)는 미국 내 HIV 감염자의 생생한 경험에 대한 정보를 수집하는 연례 설문 조사입니다. 이 활동은 질병통제예방센터와 협력하여 주 및 지방 보건부가 주도합니다. 참가자는 무작위로 선정됩니다. 여기에 서명함으로써, 귀하는 CDPH 와 ADAP 등록 담당자가 귀하의 지역 보건부에 귀하에 대한 정보를 공개하여 귀하의 지역 보건부가 MMP 에 선정된 개인에 대한 정확하고 최신 정보를 얻도록 도울 수 있는 권한을 부여합니다.

귀하는 이 양식에 대한 귀하의 동의 및 허가가 아래에 서명한 날짜로부터 2 년 동안 유효하며, 이 양식의 디지털 또는 사본은 원본과 동일한 것으로 간주된다는 데 동의합니다.

귀하는 [cdphmedassistfax@cdph.ca.gov](mailto:cdphmedassistfax@cdph.ca.gov) 로 연락하여 서면으로 이 동의 및 승인을 수정하거나 철회할 수 있습니다. 또한 귀하는 이 양식의 사본을 받을 권리가 있습니다.

본인은 위에 명시된 대로 개인정보의 수집, 사용 및 공개에 동의하고 허용합니다.

피보호자/대리인 이름: \_\_\_\_\_  
(인쇄체로 기입)

피보호자/대리인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

\*피보호자를 대신하여 법적 대리인이 서명하는 경우 피보호자의 법적 대리인으로 임명되었음을 증명하는 서류를 제출하십시오.