



## AIDS 약물 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program; ADAP) 피보호자의 개인 정보 및 의료 정보 수집을 위한 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 CDPH 와 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 CDPH 와 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 CDPH 와 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 ADAP는 최후의 지불 수단입니다. ADAP에서 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 ADAP에 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 MMP에 선정된 개인에 대한 정확하고 최신 정보를 얻도록 도울 수 있는 권한을 부여합니다.

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

귀하는 cdpbmedassistfax@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.