



## 사전노출(PrEP) 예방 지원 프로그램(PrEP-AP) 서비스 요청 – 기밀 유지 관련

### 필수 문서

- ☐ 신분 증명
- ☐ 캘리포니아 거주 증명 또는 거주 확인 선서서
- ☐ 서비스 요청일로부터 6개월 이내 날짜의 임상 시험 결과 사본

### 권리와 책임

1. 저는 제 기밀 정보를 보호하기 위해 모든 합리적인 조치가 취해질 것임을 이해합니다.
2. 저는 본인 확인 목적으로만 전자 신분증을 받으며, 자격 여부와 무관함을 이해합니다. 일부 서비스 제공자에게 혜택을 받으려면 저의 모바일 기기에서 이 카드를 제시해야 할 수도 있음을 이해합니다. 모바일 기기가 없으면 등록 담당자가 종이 카드를 인쇄하여 줄 것입니다.
3. 저는 모든 모바일 기기나 컴퓨터에서 접속 가능한 전자 피보호자 포털을 통해 자격에 대한 업데이트나 변경 사항에 대한 기밀 알림을 받을 수 있다는 사실을 이해합니다. 저는 다른 사람이 본인의 피보호자 포털의 정보에 접근할 수 없도록 자신의 로그인 정보를 보호할 책임이 있음을 이해합니다. 모바일 기기나 컴퓨터가 없는 경우, 아래에 기재된 재등록 마감일 전에 등록 담당자에게 등록을 완료해야 할 책임이 있음을 이해합니다.
4. 저는 완성된 신청서가 승인된 후 1년 동안 자격이 유효하다는 것을 알고 있습니다. 자격이 만료된 후에도 신청한 지원을 계속 받으려면 재등록해야 합니다.
5. 저는 임상 시험의 결과 없이 처음 등록하는 경우 30일 동안만 임시 자격이 부여된다는 것을 이해합니다. 30일 이내에 등록 담당자에게 필요한 임상 시험 결과를 제공해야 하며, 그렇지 않으면 자격이 종료됩니다.
6. 프로그램에 재등록할 경우 신청일로부터 6개월 이내에 업데이트된 실험 결과를 제공해야 함을 이해합니다.
7. 다음 중 하나가 발생하는 경우 등록 담당자에게 반드시 알려야 함을 이해합니다.
  - a. 전화번호를 옮기거나 변경
  - b. 더 이상 기밀 유지를 할 필요가 없어짐
  - c. 건강보험의 주계약자가 됨

## 신청 정보

날짜: \_\_\_\_\_ 재등록 기한: \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

피보호자 신분 증명 번호(선택 사항): \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

등록 사이트 번호

등록 사이트 이름

## 신청자 동의

### 이 섹션은 신청자가 작성합니다:

CDPH는 등록 기관, 임상 제공자 및 기타 기관(총칭하여 "대리인")과 계약하여 PrEP-AP 관리를 지원합니다. 이 양식에 서명함으로써 귀하는 CDPH와 그 대리인이 귀하의 PrEP-AP 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 PrEP-AP에 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 PrEP-AP 관리에 관여하는 대리인이 귀하의 정보를 수집하고 사용하도록 허용하며, 다음과 같은 목적을 위해 귀하에 관한 정보를 공개하는 데 동의합니다.

- ☐ 관련 담당자들은 PrEP-AP 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 PrEP-AP 관리와 직접 관련된 프로그램 적격성 확인 및 기타 목적을 위해 보건 서비스부, 프랜차이즈 세무 위원회, 캘리포니아주 보험, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터, 기타 연방 및 주 기관과 필요한 경우 서로 연락합니다.

- ☐ 관련 담당자들은 PrEP-AP 관리와 직접적으로 관련된 약물 청구 범위 및 기타 목적을 조정하기 위해 귀하의 의료 서비스 제공자와 소통합니다.
- ☐ 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.

주법에 따라 PrEP-AP는 최후의 수단으로 지불됩니다. PrEP-AP에서 얻은 서비스나 항목에 대해 다른 연방, 주 또는 민간 기관이 비용을 지불했어야 한다고 판단되는 경우 PrEP-AP 또는 그 대리인은 환급을 받기 위해 해당 기관에 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다. 이 과정을 통해 주보험계약자에게 혜택에 대한 설명이 전달될 수 있습니다. 부모, 배우자 또는 등록된 국내 파트너의 건강 보험에 가입한 개인의 경우 PrEP-AP와 그 대리인은 귀하의 정보를 건강 보험에 공개하지 않습니다.

귀하는 이 양식에 대한 귀하의 동의 및 승인이 아래에 서명한 날짜로부터 1년 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(인쇄체): \_\_\_\_\_

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

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