

헬스 홈 참여(탈퇴 / 거부 서비스)

1

신청인 정보

수혜자/의뢰인 이름

생년월일

프로바이더원 ID번호

유자격 헬스 홈선임

의료 조정 기구

관리 의료 기구(MCO)(해당되는 경우)

저는 HAP(Health Action Plan, 건강 행동 계획)를 작성했습니다

저는 HAP를 작성하지 **않았습니다**

- 저는 헬스 홈 프로그램에 대한 설명을 들었고 참여하지 않기로 결정했습니다.
- 저는 계속 다른 Apple Health(Medicaid) 서비스를 받게 된다는 것을 이해합니다.
- 제가 향후 헬스 홈 서비스를 이용하고자 한다면 1-800-562-3022(TRS: 711)로 문의할 수 있습니다.

저는 다음과 같은 사유로 서비스를 거부하고 있습니다.

제 혜택 및 서비스가 저에게 효과적입니다.

저는 제 의료 및 건강 관리 요구에 있어 도움이 필요하지 않습니다.

저는 이 혜택 또는 프로그램을 이용하는 것이 편안하게 느껴지지 않습니다.

기타
설명 _____

2

귀하의 건강 정보 보호하기

헬스 홈 서비스를 탈퇴하시면 다음 정보를 이해하시는 것이 중요합니다.

- 이전에 서명하신 헬스 홈 정보 공유 동의서는 더 이상 유효하지 않습니다.
- 귀하의 건강 정보는 이미 귀하의 정보를 보유하고 있는 의료진/제휴 기관들이 유지 및 보관합니다. 이들은 귀하께 정보를 돌려드리거나 자신의 기록에서 귀하의 정보를 제거할 의무가 없습니다.
- 귀하의 개인 건강 정보는 계속해서 워싱턴 주 및 연방의 법률과 규칙에 의거하여 보호받게 됩니다. 이러한 법률 및 규정에는 워싱턴 주 및 연방 비밀 유지 규칙 RCW 71.05.630, RCW 70.24.105, RCW 70.02, 통합건강관리정보법, 42 CFR 2.31(a)(5), "HIPAA" 라고 불리는 규칙 45 CFR Parts 160 및 164, 그리고 42 CFR Part 2가 있습니다. 누구도 귀하의 새로운 건강정보를 확인할 수 없습니다. 이미 다른 사람과 공유된 정보는 반환되지 않습니다.
- 어떤 개인이 귀하의 정보를 사용한 것으로 보이지만, 귀하께서는 그에게 귀하의 정보를 제공하는 데 동의하지 않았다면, 건강관리 조정관에게 전화하거나 1-800-562-3022(TRS: 711)로 Apple Health 고객 서비스 센터에 문의하십시오.

3**수혜자/의뢰인 서명**

수혜자/의뢰인 서명 또는 위임 대리인(해당되는 경우)

서명일

위임 대리인의 이름(해당되는 경우) 인쇄
4**헬스 홈 건강관리 조정관**

본인은 헬스 홈 프로그램에 대해 수혜자/의뢰인 또는 위임 대리인과 의논하였습니다. 혜택에 대해 설명해주었으나 그들은 헬스 홈에 참여하지 않거나 참여를 종료하기로 결정하였습니다.

건강관리 조정관 또는 연맹 직원의 서명

서명일

건강관리 조정관 또는 연맹 직원의 이름
5**건강관리 조정관 또는 연맹 직원 안내**

건강관리 조정관 또는 연맹 직원은 다음과 같이 할 책임이 있습니다

- 수혜자/의뢰인의 탈퇴 요청 또는 서비스 거부 요청을 이 양식과 수혜자/의뢰인 사건 파일에 문서로 기록해야 합니다.
- 양식 작성 완료 후 **건강관리 조정관 또는 연맹 직원의 서명**에 서명해야 합니다. 수혜자/의뢰인의 탈퇴 요청 또는 서비스 거부 요청을 전화로 전달받았다면, 수혜자/의뢰인은 이 양식에 서명할 필요가 없고 건강관리 조정관 또는 연맹 직원이 이 요청을 해당 수혜자/의뢰인을 대신해 문서로 기록해야 합니다.
- 이 양식의 사본을 수혜자/의뢰인에게 직접 또는 우편으로 전달해야 합니다.
- 유자격 헬스 홈 선임 또는 MCO에게 이 양식의 사본이 제공되게 해야 합니다.

6**유자격 헬스 홈 선임 또는 MCO 안내**

유자격 헬스 홈 선임 또는 MCO는 보건당국(Health Care Authority)에 매월 제출할 수 있도록 이 양식을 보관 유지하고 헬스 홈 탈퇴 양식 등록부에 문서로 기록해 놓아야 합니다.