

Applicant/Consumer _____ SAMS ID# _____
(Korean)



ASAP 이름 및 연락처 정보

신청자 동의 및 정보 공개 양식

에이징 서비스 액세스 포인트(Aging Services Access Point, ASAP)는 매사추세츠 홈 케어 프로그램(Massachusetts Home Care Program)에 따른 홈 케어 서비스(Home Care Services)의 일환으로 귀하의 서비스 적격성을 판단하고 치료 관리 방안을 정하기 위해 개인 정보 및 건강 정보를 수집해야 합니다. 귀하의 치료에 관여할 수 있는 가족, 의료 전문가 및 지역사회 서비스 기관에도 귀하에 대한 서비스를 조율하기 위해 연락할 수도 있습니다. 수집된 모든 정보는 매사추세츠 일반법(Massachusetts General Laws)의 요구 사항에 따라 기밀로 유지됩니다. 귀하에게 합당하고 적절한 치료를 제공하기 위해 다음과 같은 주체들이 귀하와 관련된 필요 정보에 접근할 수 있습니다.

- 귀하의 서비스를 제공하고 관리할 목적으로 ASAP, Elder Affairs 또는 관련 제공업체의 담당 직원/계약자
- MassHealth - 이 곳에서 귀하의 일부 서비스에 대해 비용을 지불하는 경우
- 귀하의 진료에 관여하며 귀하에게 필요한 사항을 이해하는데 도움을 줄 수 있는 자. 해당 정보는 귀하의 이름, 주소, 전화번호, 비상 연락처, 다른 가족 구성원, 건강 상태, 일상적인 일과를 완료할 수 있는 능력, 제공되는 가족 지원 범위 및 필요한 지원 유형 등입니다.

이 동의서는 HIV 상태에 대한 정보 공개를 다루지 않습니다. HIV 상태와 관련된 정보 공개에 대해서는 별도의 양식으로 다루게 됩니다.

귀하의 권리: 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 정보가 어디에 어떻게 보관되는지 문의할 권리
- 특정 정보의 수집 및 보관에 반대할 권리
- 귀하의 케이스 파일 내용을 확인하고 복사할 권리(비용은 스스로 부담)
- 특정 정보에 대해 다른 기관에 공개하지 않도록 요청할 권리
- 특정 가족 구성원에게 연락하지 않도록 요청할 권리

I. 동의

정보 수신 및 보유에 대한 동의 (해당 확인란에 체크 표시)

[] 본인은 [ASAP]가 본인의 치료에 관여할 수 있는 의료 전문가 또는 지역사회 서비스 기관과 서비스를 조정할 목적으로 본인의 기록에 포함된 관련 정보를 공유하는 것을 허락합니다.

[] 본인은 ASAP 가 본인의 개인 정보 및/또는 건강 정보를 본인의 가족, 간병인 및/또는 아래에 명시된 기타 지정된 개인과 공유하는 것을 허락합니다.

[] 본인은 ASAP 가 아래에 명시된 개인 또는 조직과 본인의 개인 정보 또는 건강 정보를 공유하는 것을 허락하지 않습니다.

등록 및 서비스에 대한 동의

[] 본인은 본인과 본 양식에 서명한 [ASAP] 담당자가 오늘 작성한 초기 서비스 계획에 나열된 서비스("서비스")에 대해 [ASAP]에 신청합니다.

본인은 서비스에 대한 설명을 받았으며 본인이 질문한 사항에 대한 답변이 제공되었습니다. 본인은 이러한 서비스가 [ASAP] 담당자에 의해 검토될 것이며 필요한 경우 수정될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 제안된 변경 사항에 대해 케어 매니저가 본인과 상의할 것임을 알고 있습니다.

본인은 본인이 받는 모든 지역사회 또는 의료 관련 서비스를 [ASAP]와 공유할 것입니다.

본인은 추가 질문이 있는 경우 [ASAP]에 전화해 문의할 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 [ASAP]의 담당자가 정해진 기간에 따라 본인을 다시 방문하여 본인이 여전히 자격이 있는지, 서비스가 본인의 요구 사항을 충족하는지 확인한다는 것을 알고 있습니다.

II. 정보 수신

본인은 아래 체크된 항목에 대한 정보를 받았습니다. 이 정보에 대해 질문이 있으면 [ASAP]에 전화하겠습니다.

- [] (ASAP) 서비스 이용자로서 본인의 권리와 책임
- [] 개인정보 보호 관행 고지(HIPAA 고지)
- [] 에이징 서비스 액세스 포인트에 대한 본인의 이의 제기 권리
- [] 공중 비상 보건 및 안전 정보
- [] 프로그램 및 서비스 정보

- [] 초기 서비스 계획 – 본인은 초기 서비스 계획에 서명하고 사본을 받았으며, 이 계획의 작성 시 본인이 참여했습니다.
- [] 기타 정보: _____

III. 소득 정보 공개 (해당 확인란에 체크 표시)

[] 권리 포기 MassHealth 수혜자로서 본인은 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 배우자의 소득은 별도로 고려됩니다.

[] 권리 불포기 MassHealth 수혜자로서 본인은 본인의 소득과 배우자의 소득(있는 경우)에 대한 정보를 제공해야 하며, 총 소득이 사회 보장 보험 연방 혜택 요율(SSI FBR)의 300%를 초과하는 경우 아래에 명시된 대로 비용 분담금을 지불할 책임이 있습니다.

[] MassHealth 비수혜자로서 본인은 본인의 소득은 물론 배우자의 소득(있는 경우)에 대한 정보를 제공해야 하며 아래 명시된 대로 비용 분담금을 지불할 책임이 있습니다.

[] 본인은 본인 소득에 대한 완전한 정보를 제공하는 것에 동의합니다. 이 정보는 본인이 아는 한 사실이며 정확합니다. 본인의 총 소득과 필요한 경우 배우자의 총 소득이 \$_____임을 확인합니다. 본인이 매달 지불할 것으로 예상되는 금액은 \$_____ 또는 _____%를 초과하지 않습니다.

본인은 본인의 소득 또는 연간 기준 소득에 변화가 있는 경우 본인 소득 정보와 배우자의 소득(있는 경우) 정보가 수집된다는 점을 이해합니다.

본인은 매년 조정되는 비용 분담 일정에 따라 지급액이 지급된다는 점을 알고 있습니다. 본인은 요율이 **Elder Affairs**에 의해 변경될 수 있으며 그러한 변경이 있을 경우 **30 일 전에 통지받게 될 것임**을 알고 있습니다.

[] 본인은 매월 지불에 동의하며, 지불할 수 없는 경우 [ASAP] 알리는 데 동의합니다. 본인은 필요한 비용 분담금을 지불하지 않을 경우 서비스가 종료될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 본인의 지출 비용이 필요한 가이드라인을 충족하는 경우 비용 분담금 절감 자격을 얻을 수 있으며 [ASAP]에 비용 분담금 절감 검토를 요청하는 것은 본인의 책임임을 알고 있습니다.

[] 나중에 다른 출처를 통해 추가 정보를 제공하겠습니다. 본인은 이 소득 정보를 제공하는 것에 따라 서비스의 지속 여부가 결정된다는 점을 알고 있으며, 해당되는 경우 본인 배우자의 소득을 포함하여 총 소득과 관련된 비용 분담에 동의하지 않는 경우 해당 서비스가 종료될 수 있음을 알고 있습니다.

IV. 서명/날짜

신청인 참고 사항: 본 양식에 서명하는 것은 귀하가 ASAP 가 귀하에 대한 적절한 개인 정보 및 건강 정보를 공유할 수 있도록 허용한다는 의미입니다.

서비스 이용자

날짜

대리인(관계 명시)

날짜

평가자 및 직함

날짜