



의료 정보의 공개와 사용에 대한 승인서

본인은 뉴욕주 의료 보장 기금(이하 '기금') 및 그 인가된 기관, 대리인, 협력업체 및 Public Consulting Group, Inc.(이하 'PCG')를 포함한 아래 열거된 지정인이 기금의 목적에 따라, 다음 사람, _____ (이하 '가입자')에게 혜택을 제공하고 그 케이스를 관리할 목적으로 개인별 식별이 가능한 의료 또는 보건 정보의 일부 또는 모두를 사용하고 공개하는 것을 승인합니다. 본인은 본인이 사용 또는 공개를 승인하는 가입자 정보가 이 승인서의 수신자 조건에 따라 재공개될 수 있음을 알고 있습니다.

본 승인서는 다음에 적용합니다. (i) 다음을 포함하지만 이에 제한되지 않는 모든 보건 관리 제공자, 뉴욕주 교육법 (또는, 다른 주 또는 컬럼비아 특별구의 동등 법)의 Title VIII에 따라 면허를 받았거나, 자격을 갖춘 의사, 간호사, 임상 간호사, 의사 보조사, 작업 요법사, 재활 치료사, 조기 개입 프로그램, 심리치료사, 사회 사업가, 영양사, 약사, 그리고 척추 지압사; (ii) 가입자에게 혜택을 제공하였거나, 제공하고 있거나, 제공할 예정인 병원, 학교, 유치원 프로그램, 지역사회 기관, 주 및/또는 연방 프로그램, 그리고 (iii) 본인이 제삼자 비용 지급자의 의사소통에 참여하든, 통보를 받든지에 관계 없이, 서면 또는 구두 연락을 포함한 어떤 방법으로든 가입자를 개인적으로 식별할 수 있는 의료 또는 보건 정보를 전달하는 제삼자, 그리고, 추가하여, 본인은 PCG가 본인이 이러한 의사소통에 참여하거나 연락을 받는 것에 상관없이, 기금을 대신하여 그러한 의사소통을 시작하고, 참여하고, 수행하는 것도 승인합니다.

1. **이 승인서에 적용되는 정보는 어떤 것입니까?** 이 승인서는 가입자의 진단, 관리 및 치료에 대한 모든 의료 또는 보건 정보에 적용됩니다.

공개되는 가입자 정보에는 다른 보건 관리 제공자, 지역사회 기관 및 교육기관에서 받은 의료 또는 보건 정보가 포함될 수 있습니다.

2. **이 승인서에 따라 정보를 공개 및 수신할 수 있는 사람은 누구입니까?** 본인의 추가 승인 없이도, PCG는 가입자를 개별적으로 식별할 수 있는 의료 또는 보건상 특정 또는 모든 정보를 다음에 재공개할 수 있습니다 (i) 모든 뉴욕주 교육법 (또는, 다른 주 또는 컬럼비아 특별구의 동등 법)의 Title VIII에 따라 면허를 받았거나, 자격을 갖춘 보건 관리 제공자 (ii) 가입자에게 혜택을 제공하였거나, 제공하고 있거나, 제공할 예정인 병원, 학교, 유치원



Medical Indemnity Fund

프로그램, 지역사회 기관, 주 및/또는 연방 프로그램, (iii) 제삼자 비용 지급자. 추가로, 본인은 PCG가 가입자의 생일, 사회 보장 번호 등과 같은 정보를 제공할 수 있거나, 제공할 필요가 있는 가족 또는 다른 사람에게 가입자를 개별적으로 식별할 수 있는 의료 또는 보건 정보를 재공개하는 것도 승인합니다.

- 3. **이 승인서는 얼마 동안 유효합니까?** 이 승인서는 가입자가 기금에 가입한 기간에 유효하지만, 가입자가 자신의 보건 관리에 관해 결정할 수 있는 18세가 되는 당일 이후에는 유효하지 않습니다.
- 4. **이 승인서의 철회** 연방 또는 주 법에서 금지하는 경우가 아니면, 본인은 언제든지 기금의 관리자에게 문서로 통보함으로써 이 승인서를 철회할 수 있고, 기금의 관리자가 철회 통보서를 받게 되면 이 승인서의 철회 효력이 시작한다는 것을 알고 있습니다. 또한, 본인은 이 승인서의 철회는 기금의 관리자가 본인의 철회 통보서를 받기 전에 취한 어떤 행위에도 아무런 효력이 없음도 알고 있습니다.
- 5. **클레임의 처리** 본인은 이 승인서가 가입자의 클레임 처리를 위해 일반적으로 필요하다는 것을 알고 있습니다. 또한, 이 승인서에 서명하지 않으면 가입자의 클레임 처리가 불가능하게 되거나 문제가 될 수 있음도 알고 있습니다.
- 6. **서명 거부** 나아가, 본인은 본인이 이 승인서의 서명을 거부하더라도, 가입자의 보건 관리 제공자가 가입자의 치료, 가입, 또는 자격에 대한 조건으로 삼지 않을 것도 알고 있습니다.

본인은 이 승인서의 서명된 사본을 요구하고 받을 권리가 있음을 알고 있습니다. 이 승인서 복사본도 유효하며 원본과 마찬가지로 효과로 접수될 수 있습니다.

가입자 또는 가입자의 대리인 서명

가입자 과가입자의 대리인주소

가입자 또는 가입자 대리인의 정자체 이름

대리인의 가입자와의 관계

가입자 사회 보장 번호



**Medical
Indemnity Fund**

서명일

가입자 생일