



## 통합 동의서

고객 이름: \_\_\_\_\_ 고객 ID: \_\_\_\_\_

### 제목

통합 건강보험 이동성 및 책임법(HIPAA) 및 42 C.F.R. 파트 2 준수 행동 건강, 약물 사용 장애(SUD) 및 관련 서비스에 대한 동의서

### 목적

본 동의서는 CarePlus NJ, Inc.가 42 C.F.R. 파트 2에 따라 보호되는 기록을 포함하여 귀하의 보호 건강 정보(PHI)를 **치료, 지불 및 의료 서비스 운영(TPO)**을 위해 사용 및 공개할 수 있도록 승인합니다. 또한 연방법에 따라 TPO 이외의 특정 목적을 위한 정보 공개를 허용합니다.

이 단일 양식은 2026년 1월 1일부터 모든 이전 TPO 및 비-TPO 동의서를 대체합니다.

이 동의서는 가족, 고용주, 법적 대리인, 보호 관찰/가석방 담당자, 주택 기관 또는 기타 비치료 제삼자에게, 혹은 치료, 지불 또는 의료 서비스 운영 이외의 목적으로 건강 정보를 공개하는 것을 허가하지 않습니다. 이러한 공개에는 별도의 승인 또는 독립적인 정보 공개 동의서가 필요합니다.

### 프로그램 및 기관 승인

본인은 CarePlus NJ, Inc. 및 모든 현재 및 향후 프로그램, 부서, 서비스 및 계열사가 본 동의서에 명시된 TPO 목적을 위해 SUD 기록을 포함한 제 PHI를 사용 및 공개하는 것을 승인합니다.

참고: TPO 목적상, 본 동의서는 **사용 및 공개만을** 승인하며, 이는 **양방향적 권한이 아닙니다**.

### 수신자

정보는 다음 대상에게 공개될 수 있습니다.

- 본인을 진료하는 의료 제공자
- 건강 보험사
- 제삼자 지불자
- 업무 협력사
- CarePlus NJ 프로그램 운영을 지원하는 직원 및 기타 관계자

명시된 목적을 수행하기 위해 필요한 최소한의 정보만 공개됩니다.

### 정보 설명

치료, 청구 및 프로그램 운영에 필요한 모든 기록으로, CarePlus NJ, Inc.가 운영하는 모든 프로그램, 서비스 또는 부서와 관련된 정보를 포함하며, 예를 들면 다음과 같습니다.

- 행동 건강 및 위기 서비스
- 약물 사용 장애(SUD) 치료 정보(별도로 승인되지 않은 경우 상담 기록 제외)
- 법률에서 허용하는 생식 건강 정보(예: 피임, 산전 관리, 불임 치료, 유산 관리, 낙태 서비스)

**생식 건강 증명:** 본인은 본 동의서에 생식 건강 정보가 포함됨을 이해하며, 상기 설명된 공개에 대한 보호 조치 및 제한 사항을 인정합니다.

여기에는 모든 CarePlus NJ 서비스 전반에 걸쳐 진료를 조정하고 프로그램의 효과를 보장하는 데 필요한 임상, 행정 또는 운영 기록이 포함됩니다.

## 사용/공개 목적

HIPAA 및 42 C.F.R. 파트 2에 따라 허용되는 **치료, 청구 및 의료 서비스 운영(TPO)**을 위한 것입니다.

## 철회권

CarePlus NJ 또는 기타 법적 보유자가 이미 이 동의에 의존한 경우를 제외하고, 본 동의는 언제든지 서면으로 철회할 수 있습니다.

## 철회 시 연락처:

개인 정보 보호 책임자 CarePlus NJ, Inc.,

1 Kalisa Way, Suite 112,

Paramus, NJ 07652

전화번호: 201-649-4466

## 만료

본 동의는 서명일로부터 **1년** 또는 서면 해지 후 만료됩니다.

## 서명 거부 및 결과

귀하는 본 동의서 서명을 거부할 수 있습니다. 그 결과 다음과 같은 사항이 발생할 수 있습니다.

- 건강 보험사에 청구 지연 또는 불가(전액 지불이 요구될 수 있음)
- 다른 의료 제공자와의 진료 연계 제한
- 의뢰 또는 진료의 연속성 지연 가능성

**중요:** CarePlus NJ는 귀하가 이 동의서에 서명했는지 여부에 기반하여 귀하의 치료 또는 서비스 이용을 조정하지 않습니다. 이 동의서에 서명하는 것은 자발적인 것이며, 특정 동의 없이는 서비스를 제공할 수 없는 경우가 아닌 한, 서명하지 않기로 선택하더라도 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 이 동의서에 서명하지 않기로 선택하더라도 **응급 치료는 거부되지 않습니다.**

## 재공개 고지(42 C.F.R. 파트 2)

본 정보는 **42 C.F.R. 파트 2**에 의해 보호되는 기록에서 공개된 것입니다. 연방 규정에 따라, 귀하가 서면 승인을 제공하거나 법률에 의해 달리 허용되는 경우를 제외하고는 이러한 기록의 추가 공개가 금지됩니다.

**파트 2 기록은 수령자에 의해 재공개될 수 있으며,** 귀하에 대한 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에서의 사용을 제외하고는 더 이상 파트 2의 보호를 받지 못할 수 있습니다.

**의료 정보 공개에 대한 일반 승인만으로는** 파트 2 기록을 다시 제출하기에 충분하지 않습니다. HIPAA 규정도 이러한 기록에 적용될 수 있으나, HIPAA는 **파트 2의 보호 조항보다 우선되지 않습니다.**

## 사본을 수령할 권리

본인은 이 서명된 동의서의 사본을 수령할 권리가 있음을 이해합니다.

## 미성년자/개인 대리인 안내

- **미성년자(14세 이상):** 정신 또는 신체 건강 관련 PHI의 공개에 서명하거나 반대할 수 있습니다. 비-SUD 기록의 경우 부모/후견인의 승인이 우선할 수 있습니다.
- **SUD 기록:** 연령 제한 없음. 미성년자도 공개를 승인할 수 있음. 부모/후견인의 동의는 이보다 우선될 수 없음.
- 개인 대리인은 서명 권한을 확인하는 문서를 제공해야 합니다.

## 확인

본인은 상기 내용을 이해하였으며, 설명된 대로 본인의 PHI가 사용 및 공개되는 것에 동의합니다.

## 만료 및 서명

성명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

고객/부모/후견인 서명: \_\_\_\_\_

고객과의 관계: \_\_\_\_\_

해당하는 경우, 미성년자 서명: \_\_\_\_\_

## 규정 준수 진술서

본 동의서는 HIPAA(45 C.F.R. 파트 160 및 164) 및 42 C.F.R. 파트 2(2024년 2월 16일 개정)를 준수합니다.