DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(고객 의료 정보에 대한 개인정보 처리방침)

2025년 11월 1일 발효

DSHS는 Health Insurance Portability and Accountability Act(건강 보험 이동성 및 책임법, HIPAA) 개인정보 보호권을 귀하에게 통지해야 합니다. (45 CFR §164.520). DSHS는 "복합 조직"입니다. 모든 DSHS에 HIPAA가 적용되지 않으며 DSHS 웹사이트의 건강 관리 요소로 명시된 프로그램만이 HIPAA의 적용을 받습니다. 본 방침은 해당 프로그램이 서비스를 제공하는 고객에게만 적용됩니다. 본 방침은 DSHS 서비스 자격에 영향을 미치지 않습니다.

본 방침은 귀하에 대한 의료 정보가 사용되고 공개되는 방식과 이러한 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토해주시기 바랍니다.

PHI이란 무엇인가요?

Protected Health Information(보호 대상 건강 정보, PHI)는 HIPAA가 적용되는 DSHS 일부에서 저장하는 고객 의료 정보를 의미합니다. PHI는 귀하의 건강 상태 또는 조건, 귀하가 받고 있는 의료 서비스, 또는 의료 서비스에 대한 지불과 관련하여 귀하와 연결되는 의료 정보입니다. DSHS는 법률에 따라 PHI를 보호해야 합니다.

DSHS는 어떤 PHI를 가지고 있나요?

귀하를 위한 서비스 제공을 돕기 위해, 귀하는 귀하의 위치, 재무 정보 또는 의료 기록을 포함하여 의료 또는 건강 정보를 제공해야 할 수도 있습니다. 귀하에게 서비스를 제공하고 귀하의 치료 비용을 지불하는 데 필요한 기타 출처에서 귀하에 대한 PHI를 얻을 수 있습니다.

본인의 PHI는 누가 볼 수 있나요?

당국은 당국의 업무를 수행하는 데 필요한 정도로만 최소한으로 PHI를 사용합니다. 법률에 의해 허가되거나 귀하가 허가한 경우, 다른 프로그램이나 사람과 PHI를 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 PHI는 의료 서비스를 조정하고 지불하기 위하여 Health Care Authority(의료 서비스 기관) 및 기타 의료 서비스 제공자에게 제공되거나 사용하도록 할 수 있습니다. 과거, 현재 또는 미래의 PHI를 공유할 수 있습니다.

DSHS는 어떤 PHI를 공유하나요?

업무 처리를 위해 필요하고 법률이 허용하는 다른 사람들과 PHI를 공유할 수 있습니다. 귀하는 과거 6년 동안에 대해 DSHS에서 어떠한 목적으로 PHI를 공유한 사람의 목록을 요청할 수 있습니다.

DSHS는 PHI를 언제 공유하나요?

서비스를 조정하고 치료, 결제, 의료 서비스 운영을 위하여 "알 필요가 있는 기준"으로 PHI를 공유합니다. 예를 들어, 다음 사람 및 목적으로 정보를 공유할 수 있습니다:

- 치료와 케이스 관리를 제공하는 의료 서비스 제공자.
- 결제를 처리하기 위해 의료 서비스를 결제를 책임지는 사람.
- DSHS 프로그램의 자격이 있는지 여부를 결정할 목적.
- 귀하가 서비스 제공자로부터 받는 치료가 법적 기준을 충족하는지 여부를 결정하는 조치 등 비즈니스 운영을 지원할 목적. 이러한 활동에는 데이터 집계, 위기 관리 활동, 감사 등이 포함될 수 있습니다.

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(고객 의료 정보에 대한 개인정보 처리방침)

2025년 11월 1일 발효

2 페이지

DSHS는 언제 본인의 승인 없이 PHI를 공유할 수 있나요?

치료, 결제, 의료 서비스 운영을 위한 공개 이외에도, DSHS는 기타 사유로 귀하의 승인을 받지 아니하고 PHI를 공유할 수 있습니다. 법률에 의하여, PHI를 공유해야 하거나 공유하는 것이 허가될 수 있습니다. 필요성에 대한 일부 예시는 다음과 같습니다:

- 치료에 참여하는 친구 또는 가족과 귀하에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 귀하는 이러한 공유를 반대할 권리가 있습니다. 반대하는 경우, 해당 가족이나 친구에 정보가 공유되지 않습니다.
- 질병이나 부상을 방지 또는 통제하거나, 출생 및 사망을 보고하는 것과 같이, 공중 보건 활동을 위해 공중 보건 기관과 공유할 수 있습니다.
- Child Protective Services(아동 보호 서비스), Adult Protective Services(성인 보호 서비스), 경찰 또는 기타 기관에게 아동 또는 성인 학대, 방치 또는 가정 폭력 사고를 보고할 수 있습니다.
- 법원 명령, 소환장, 조사 요청 또는 기타 법적 절차에 따르거나, 사법 및 행정 소송을 위해 기록을 제공할 수 있습니다.
- 의료 서비스 전문가에게 면허를 부여하고 요양원 및 병원과 같은 의료 시설에 면허를 부여하고 점검하는 감독 기관에 PHI를 제공할 수 있습니다.
- 귀하가 서비스 또는 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 필요하고 법률이 그렇게 하도록 허용하는 경우, 귀하를 치료하는 연방 및 주정부 기관과 PHI를 공유할 수 있습니다.
- 미성년자의 보호자 또는 부모에게 PHI를 제공할 수 있습니다.
- 개인이나 대중의 건강이나 안전에 대한 심각하고 즉각적인 위협을 예방하거나 경감하기 위해 PHI를 공유할 수 있습니다.
- 법 집행관과 특정한 PHI를 공유할 수 있습니다.
- 개인정보가 보호된다는 조건 하에 승인된 연구 프로젝트를 위해 연구원과 PHI를 공유할 수 있습니다.
- 귀하가 현역 군인이거나 퇴역 군인일 경우, 일부 상황에서 군대와 공유할 수 있습니다.
- 산재 보상 기관에 PHI를 제공할 수 있슙니다.
- 비상 상황 또는 재해 구제 목적으로 PHI를 사용하거나 공개할 수 있습니다.
- 귀하가 사망한 후, 개인 재산 대표, 검시관, 장의사 또는 장기 이식 조직에 PHI를 공유할 수 있습니다.
- 법률이 허용하거나 요구하는 경우

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(고객 의료 정보에 대한 개인정보 처리방침)

2025년 11월 1일 발효

3 페이지

약물 사용 장애 치료 기록

귀하가 동의하거나 42 C.F.R. 파트 2 (파트 2.) 규칙에 따라 허용되지 않는 한, substance use disorder(약물 사용 장애, SUD) 치료 기록을 공유하지 않습니다. SUD 서비스 제공자와 같은 다른 사람으로부터 파트 2 기록을 받았으며 HIPAA에 따라 허용될 경우, 기록을 공개할 수 있습니다. 귀하가 서면으로 동의하거나 법원 명령에 응답하지 않는 한, 민사, 형사, 행정 및 입법 소송에 대해 SUD 기록을 공개하지 않습니다.

다른 사람이 본인의 PHI를 가지길 원하는 경우 어떻게 됩니까?

본 방침에 나열되지 않는 일부 공유의 경우 귀하의 허가가 필요합니다. 귀하의 허가를 받지 아니하고, PHI를 마케팅을 위해 사용하거나 PHI를 판매하지 않습니다. 다음과 같은 경우, 귀하는 당국이 PHI를 공유하도록 하는 허가서에 서명하도록 요청받습니다:

- 서비스 또는 케어를 제공하기 위해 귀하의 허가가 필요한 경우;
- 정신 치료 기록을 공유하기 위해 귀하의 허가가 필요한 경우;
- 귀하가 귀하의 허가 없이는 법률에 의해 허용되지 않는 이유로 당국이 다른 기관이나 서비스 제공자에 PHI를 보내길 원하는 경우; 또는
- 귀하가 변호사, 친척 또는 기타 대리인과 같은 다른 사람에게 PHI를 보내길 원하는 경우.

PHI를 공유해도 된다는 귀하의 허가서는 양식에 기재한 종료일까지 유효하게 됩니다. 당국은 귀하가 나열한 PHI만을 공유할 수 있습니다. 귀하는 DSHS에 서면을 보내 본 허가서를 철회하거나 변경할 수 있습니다.

본인의 PHI를 볼 수 있나요?

귀하의 종이 또는 전자 형식으로 PHI를 볼 수 있습니다. 귀하가 요청하면 PHI 사본을 얻게 됩니다. DSHS는 합당한 복사 비용을 청구할 수 있습니다.

PHI에 대한 공개 목록을 얻을 수 있나요?

치료, 결제, 운영 또는 귀하의 허가를 근거로 하는 공개를 제외하고, 귀하는 지난 6개월 동안의 회계 처리, 즉 PHI 공개 목록을 받을 권리가 있습니다. 12개월 동안 두 번 이상의 회계 처리를 요청하는 경우, DSHS는 합리적인 수수료를 부과할 수 있습니다.

본인의 PHI를 변경할 수 있나요?

PHI가 잘못되었다고 생각되는 경우, PHI의 변경 또는 새로운 PHI 추가를 요청할 수 있습니다.

당국은 귀하의 요청을 고려할 수 있으나 반드시 동의해야 하는 것은 아닙니다. 귀하는 또한 PHI 사본을 가진 다른 사람에게 변경 사항을 보내도록 요청할 수 있습니다.

본인의 PHI 공유에 대한 제한을 설정할 수 있나요? 있다면 어떻게 해야 하나요?

귀하는 PHI 사용 및 공유를 제한하도록 서면으로 요청할 수 있으나 당국이 반드시 동의해야 하는 것은 아닙니다. 귀하는 다양한 형식이나 다양한 위치에서 귀하에 대한 PHI를 전달하도록 당국에 요청할 수 있습니다.

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(고객 의료 정보에 대한 개인정보 처리방침)

2025년 11월 1일 발효

4 페이지

위반이란 무엇인가요?

도난, 실수 또는 해킹으로 인한 손실을 포함하여, HIPAA에 따라 허용되지 않는 PHI의 사용 또는 공개 행위를 위반이라고 합니다. HIPAA에 따라 PHI 위반이 발생하는 경우, 귀하에게 우편으로 통지할 것입니다.

본 개인정보 처리방침의 사본을 받을 수 있나요?

예. 본 개인정보 처리방침을 받을 수 있습니다. 전자 방식으로 본 방침을 받았으며 종이 사본을 요청한 경우, 귀하에게 제공할 수 있습니다.

PHI 개인정보 처리방침이 변경된 경우, 어떻게 해야 하나요?

당국은 본 방침을 준수해야 합니다. 당국은 본 방침을 변경할 권리가 있습니다. 법률이나 개인정보 처리방침이 변경된 경우, 본 방침을 업데이트한 다음 사본을 귀하에게 보내거나, 새로운 방침과 찾을 수 있는 장소에 대한 정보를 귀하에게 보내드립니다.

본 방침 또는 PHI 권리에 대한 궁금한 점이 있다면 어디에 연락해야 하나요?

본 방침과 관련된 질문이 있는 경우, DSHS 개인정보 보호 담당관에 이메일 DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov 또는 (360) 902-8278번으로 연락할 수 있습니다.

PHI 개인정보 보호권의 위반은 어떻게 보고하나요?

귀하의 PHI 개인정보 보호권이 침해당했다고 생각되는 경우, 다음에 민원을 제출할 수 있습니다:

DSHS 개인정보 보호 담당관, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135로 연락하거나 DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov로 이메일을 보내시기 바랍니다. 민원을 제기하여도 DSHS는 귀하에 대한 서비스를 변경하거나 중단하지 않으며, 민원 제기에 대하여 보복하지 않습니다.

또는

다음 사이트에 온라인으로 민원을 제기하거나: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf 또는 다음 주소로 서면으로 민원을 제기하십시오: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, **200** Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 전화 (800) 368-1019. 개인정보 보호 침해가 발생한지 180일 이내에 DSHS에 민원을 제기해야 합니다.

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information
(고객 의료 정보에 대한 개인정보 처리방침)

2025년 11월 1일 발효

Acknowledgement(수신 확인)

(DSHS가 직접 의료 서비스를 제공하는 경우 필요)

고객 이름	고객 생년월일

본인은 DSHS 개인정보 처리방침의 사본을 받았으며 DSHS가 개인 건강 정보를 사용하고 공유하는 방법에 대해 궁금한 점을 물어볼 기회를 가졌습니다.

고객 또는 개인 대리인의 서명	날짜

For DSHS Use Only (DSHS 전용)

To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

Staff Member's Name and Title (Please Print)	Staff Member's Name and Title (Please Print)
Staff's Signature	Staff's Signature