



Asian Pacific Counseling & Treatment Centers

Asian Pacific Counseling and Treatment Centers (APCTC) is a division of Special Service for Groups, Inc. (SSG), a legal entity contracted with Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH)

서비스 동의서

서비스 소개

아시아 태평양 상담 치료 센터 (Asian Pacific Counseling and Treatment Center, APCTC) 는 정신 건강 전문의의 치료를 받아야 하는 정신 건강 질환 또는 정서적인 문제를 가지고 있는 사람에게 전문적인 정신 건강 서비스를 (Specialty Mental Health Services, SMHS) 제공하고 있습니다. 위의 정신 질환, 또는 정서적인 문제는 한 사람이 일상 생활을 수행하는 능력에 방해가 될 정도로 심각한 질환 또는 문제를 의미합니다. 전문 정신 건강 서비스는 심리 검사, 정신 치료 및 상담, 재활 치료, 약물 치료, 사례 관리, 정신과 진단 절차, 이외 기타 적절한 서비스가 포함될 수 있습니다. 서비스에 대해 더 자세한 정보를 원하시면 로스앤젤레스 카운티 전문 정신 건강 서비스 수혜자 핸드북을 참고해주세요: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patientsrights/mhp-handbooks/> 언제든지 이 핸드북의 사본을 요청할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국 시스템 안에서 정신 건강 서비스를 받는 고객은 단일 기관의 직원이 관리합니다. 하지만 고객의 치료에 도움이 되는 경우, 여러 의료 서비스 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 아래 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국의 의료 서비스 제공자 안내 책자를 참고해 주세요. <https://dmh.lacounty.gov/pd/> (7 페이지 QR code 참조).

서비스 제공

아시아 태평양 상담 치료 센터는 대면 접촉 위주의 전문 정신 건강 서비스를 우선으로 제공하고 있습니다. 하지만 원격 의료, 전화, 제한된 문자 메시지 및 이메일도 고객의 필요를 최선으로 충족하기 위해 활용되고 있습니다.

원격 정신 건강 서비스는 영상 원격 회의와 오디오가 통합되어 있어 의료진과 고객이 물리적으로 다른 곳에 있더라도 시각적으로 보고 의사 소통을 할 수 있습니다. 전화 정신 건강 서비스는 전화로 정신 질환 치료 목적으로 제공되며 의료진과 귀하의 소통을 제공하지만, 직접 대면할 수 없는 단점이 있습니다. 두가지의 원격 정신 건강 서비스와 전화 정신 건강 서비스는 정신 질환 치료 목적으로 제공될 수 있으며, 향후 참조를 위해 고객의 임상 기록에 포함될 문서도 포함되어 있습니다.

문자 메시지와 이메일은 고객의 서비스 관련 빠르고 효율적인 소통을 위해 센터 직원이 사용할 수 있는 추가적인 매체입니다. 문자 및 이메일은 치료예약 및 알림용으로 제한됩니다. 경우에 따라 소비자 인식 설문조사 및 기타 유용한 리소스 및 정보가 이메일을 통해 전송될 수 있습니다. 직원은 진단이나 치료를 목적으로 문자 또는 이메일을 사용하지 않으며 보호 건강 정보 (PHI) 를 포함하지 않습니다.

위의 유일한 예외는 이메일을 통해 PHI 를 보내 달라는 고객의 특정 요청이 있을 때입니다. 고객의 PHI 가 포함된 모든 이메일은 암호화되어 보호됩니다. 건강 보험 이동성 및 책임에 관한 법률 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라 고객의 개인정보 보호 및 비밀성을 보장하려면 이메일 보안과 개인정보 보호 규정이 필수입니다. APCTC 직원은 전자 메시지에 관한 고객의 동의 없이 문자 또는 이메일 메시지를 보내거나, 의사 소통을 위해 문자 또는 이메일을 사용하지 않습니다. 하지만 치료 시작 때 동의를 하지 않음에도 불구하고 고객이 APCTC 직원에게 문자 또는 이메일을 보내기 시작하는 경우, 직원은 이에 응답하고 이를 임시 동의로 간주합니다. 직원은 후에 필요한 경우 전자 메시지 수신에 관한 고객의 동의를 받을 수 있습니다. 고객은 자신의 연락처가 변경될 경우 이를 정신 건강 서비스 제공자(들)에게 현재 연락처를 알려 주는 것이 중요 합니다.

고객께서 선택하는 경우 원격 의료 및 전화를 통해 제공받을 수 있는 모든 서비스는 대면 방문을 통해서 이용할 권리가 있습니다. 합리적인 이유로 교통 수단을 이용할 수 없는 경우, 대면 방문을 위한 교통서비스가 메디칼(Medi-Cal)에 포함되어 있습니다. 교통 서비스 사용에 대한 정보를 알아보려면, 관리 의료 보험(Managed Care Plan)의 가입자 서비스 부서에 문의하거나

다음의 링크를 참조하십시오: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx>.

보호 건강 정보

법에 따라 APCTC 는 귀하의 보호 건강 정보 (PHI) 를 비공개로 유지해야 합니다. 보호 건강 정보는 귀하의 과거, 현재, 또는 미래의 건강 상태, 제공되고 있는 의료 서비스 및 의료 서비스 비용 지불로 구성되어 있습니다. APCTC 는 모든 신규 고객에게 귀하의 PHI 를 사용 또는 공개하는 시기, 이유, 방법을 설명하는 개인정보보호 관행 고지를 제공합니다. APCTC 는 일부 예외를 제외하고, 고객의 PHI 를 필요한사항외에는 사용하지 않거나 공개할 수 없습니다. 하지만, APCTC 는 항상 법적으로 개인정보 보호 관행을 따라야 합니다. 개인정보 보호 관행 고지는 다음에서 찾을 수 있습니다: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumerand-family-affairs/privacy/> (7 페이지 QR code 참조).

비밀 사항 유지

상담시에 공개된 모든 정보와 해당 상담과 관련된 서면 기록은 비밀이며 귀하의 서면 허가 없이는 누구에게도 공개할 수 없습니다. 하지만 귀하의 서면 허가 없이 공개가 요구되거나 법률에 의해 허용되는 경우는 예외가 있습니다. 이러한 예외에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다: 1. *아동에 대한 학대(신체적, 성적, 언어적, 또는 방치 등)이 의심되는 경우.* 2. *노인 또는 부양가족에 대한 학대(신체적, 성적, 재정적, 언어적, 또는 방치 등)이 의심되는 경우.* 3. *본인 또는 타인의 건강과 안전에 대한 심각한 위협(예: 자신 또는 타인에 해를 가하겠다는 위협).* 법률에 따라 공개가 필요한 조항은 개인정보 보호 고지에 설명되어 있습니다.

건강 보험 및 기록 비밀 유지: 귀하의 건강 보험 회사 또는 HMO/PPO/MCO/EAP 는 지불 청구 처리 과정을 위해 비밀 정보 공개를 요구할 수도 있습니다. 이 경우 최소한의 필요한 정보만 보험회사에 전달됩니다. APCTC 는 보험 회사가 귀하의 정보를 어떻게 사용하는지에 관한 통제권이나 지식이 없습니다.

소송 제한: 치료 과정에서 드러나는 사적인 내용들은 비밀보장이 지켜져야 하므로 법적 절차(예: 이혼 및 양육권 분쟁, 부상, 소송 등)가 있는 경우 귀하와 귀하의 변호사 또는 귀하를 대리하는 다른 누구도 APCTC 에게 법정 또는 기타 절차에서 증언하도록 요청할 수 없습니다.

성인 수혜자 대상 사전 의료 지시서

사전 의료 지시서는 미래를 대비해, 개인이 의료 결정을 내릴 수 없게 될 경우, 자신의 희망사항을 미리 작성할 수 있도록 하는 법적인 문서입니다. 18 세 이상의 모든 Medi-Cal 수혜자는 자신이 후견인 또는 제 3 자가 의료 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여받지 않는 한 자신의 의학적 치료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다. 의료 결정을 내릴 수 있는 "능력"이 있는 18 세 이상 사람은 누구나 사전 의료 지시서를 작성할 수 있습니다. "능력"은 개인이 위험과 이점을 포함하여 제안된 의료 서비스를 이해하고 있음을 의미합니다. 사전 의료 지시서는 해당 개인의 주치의가 해당 개인에게 스스로 의료 결정을 내릴 수 있는 "능력"이 없다고 판단할 때 발효됩니다. 이는 개인이 제안된 의료 서비스를 이해할 수 없음을 의미합니다. 어떤 사람이 정신과 시설에 입원했다는 사실이 그 사람에게 "능력"이 부족하다는 것을 의미하지는 않습니다.

캘리포니아에서는 사전 의료 지시서가 두 부분으로 구성됩니다. (1) 의료 대리인 지정; (2) 개별 건강 관리 지침. 정신 장애가 있는 사람의 경우 사전 의료 지시서로 다음을 수행할 수 있습니다:

- 향후 정신 건강 치료가 필요할 경우를 대비해 지금 치료 선택을 할 수 있습니다. 귀하는 의사, 기관, 서비스 제공자, 치료 시설에 귀하가 원하는 치료 유형과 원하지 않는 치료 유형을 알릴 수 있습니다.
- 정신 건강 관리 결정을 스스로 내릴 수 없는 경우에는 친구나 가족을 선택하여 결정을 내릴 수 있습니다.
- 귀하와 담당 의사 사이의 의사소통을 개선할 수 있습니다.
- 장기 입원의 필요성을 줄일 수 있습니다.
- 귀하의 의료 기록의 일부가 됩니다.

캘리포니아에서는 사전 의료 지시에 기한이 없습니다. 결정을 내릴 수 있는 “능력”이 있는 한 언제든지 마음을 바꿀 수 있습니다. 귀하의 희망 사항이 명시되어 있는지 확인하기 위해 매년 사전 의료 지시서를 검토하는 것이 좋습니다. 또한 귀하가 문서를 변경할 경우를 대비하여 사전 의료 지시서 사본을 누가 가지고 있는지 추적하는 것도 중요합니다. 귀하, 귀하의 대리인(귀하가 그렇게 할 수 없는 경우 의료 결정을 내리도록 지정된 사람), 귀하의 각 의료 서비스 제공자 및 각 정신 건강 서비스 제공자는 귀하의 사전 의료 지시서 사본을 가지고 있어야 합니다.

사전 의료 지시서는 담당변호사나 인터넷에서 구할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 변호사 및/또는 Protection and Advocacy, Inc. 로부터 사전 의료 지시서에 관한 법적 조언을 얻을 수 있습니다. 사전 의료 지시서요건의 위반에 관한 불만 사항은 캘리포니아 보건 서비스부(DHS) 면허 부서에 제출할 수 있습니다. 1-800-236-9747 로 전화하거나 우편으로 P.O. Box 997413, 새크라멘토, 캘리포니아 95899-7413 로 보내실 수 있습니다.

치료/평가 과정

치료에 참여하면 대인 관계 개선, 치료를 받게 된 특정 우려 사항의 해결 등 여러 가지 이점을 얻을 수 있습니다. 그러나 이러한 이점을 얻으려면 귀하의 노력이 필요합니다. 치료로 인해 행동, 고용, 약물 사용, 학교 교육, 주택 또는 관계 변화에 대한 결과가 있을 수 있습니다. 때때로 한 가족 구성원에게는 긍정적인 결정이 다른 가족 구성원에게는 매우 부정적으로 보일 수 있습니다. 변화는 때로는 쉽고 빠르지만, 대부분은 느리고 어려울 것입니다. 치료가 긍정적이거나 의도한 결과를 낳을 것이라는 보장은 없습니다.

치료 계획 논의: 지정된 전문상담사는 첫 상담 후 귀하의 문제/필요사항, 기능장애 평가, 치료 계획, 치료 목표 및 예상되는 치료 결과에 대해 귀하와 논의할 것입니다. 귀하는 치료 과정에서 사용되는 모든 해당 절차와 APCTC 의 전문 지식, 귀하의 상태에 대한 치료법 및 가능한 위험과

이점에 대해 문의할 권리가 있습니다. APCTC 가 제공하지 않는 치료법을 원하시는 경우, 다른 기관을 추천해 드릴수 있습니다.

치료종료: 귀하는 언제든지 치료를 종료할 권리가 있습니다. 귀하가 그렇게 하기로 결정한 경우, APCTC 는 귀하가 선호할 만한 다른 기관 및/또는 자격을 갖춘 전문가의 이름을 귀하에게 제공할 것입니다. 치료 중 어느 시점에서든 APCTC 가 귀하의 치료 목표 달성에 효과적이지 않다고 평가하는 경우, 이에 대해 귀하와 논의하고 치료를 종료할것입니다. APCTC 는 당사 직원이나 타인에 대한 위협이나 실제 폭력 행위가 발생할 경우 치료를 종료할 권리를 보유하고 있습니다.

이중 관계: 이중 관계는 APCTC 직원과 고객 사이의 치료 관계 외에 모든 관계를 의미합니다. APCTC 는 그러한 이중 관계를 금지합니다.

출석/취소 정책

정기적이고 일관된 치료참석은 긍정적인 치료 결과에 도움이 됩니다. 사전에 취소하지 않거나 예약 시간을 놓치면 치료에 지장이 됩니다. 또한 막바지 취소 및 결석은 치료가 필요한 다른 분들의 치료기회를 박탈합니다.

취소: 예약을 취소해야 하는 경우 최소 24 시간 전에 알려 주시기 바랍니다. APCTC 가 예약을 취소시켜야 하는 경우 가능한 빨리 전화로 연락을 드릴 것입니다. 별도 제시가 없는 한, 전화 메시지를 남겨드리겠습니다.

늦은 취소: 2 번의 늦은취소(예약시간 24 시간 이내 취소) 후에는 원하는 예약 시간을 유지하거나 보장할 수 없습니다. 60 일 이내에 약속을 여러 번 취소하면 APCTC 와의 케이스가 종료될 수 있습니다.

No Show (결석): 취소하지 않고 예약 시간을 놓치면 NO SHOW (결석) 로 간주됩니다. 첫 번째 NO SHOW 이후 추가 NO SHOW 가 발생하면 향후 예약들이 취소됩니다. 3 회 NO SHOW 이후에는 귀하의 케이스가 APCTC 에 의해 종료될 수 있습니다.

치료비 및 보험료 청구

치료비는 본인 부담입니다. 보험 (Medi-Cal, Medi-Care 등)을 갖고 계신 경우, 보험혜택 증명서 (보험카드) 를 제시하고 저희에게 알리는 것은 귀하의 책임입니다. 저희는 귀하의 보험사에 필요한 최소한의 정보를 제공합니다.

고객 재정 정보: 또한 매년 PAYER FINANCIAL INFORMATION 서류를 업데이트하고 서명해야 합니다. 저희는 매년 귀하로부터 이 정보를 받게 됩니다.

공개 결제 (Open Payment) 데이터베이스: 연방 의사 결제 선샤인 법 (The Federal Physician Payments Sunshine Act)은 의약품, 의료 기기, 바이오 약품 제조 업체에서 의사에게 \$10 이상 지불할 시 그에 관한 자세한 정보를 대중에게 제공하도록 의무화하고 있습니다. 공개 결제 (Open Payment) 데이터베이스는 연방 정부가 제공하는 수단으로서 의약품 및 의료 기기 회사가 의사 및 교육 병원에 지불한 금액을 검색하는 데 사용됩니다. 공개 결제 데이터베이스는 <http://openpaymentsdata.cms.gov> 에서 찾을 수 있습니다.

고객/소비자/환자에 관한 통지

상담사 (예: 결혼 및 가족 치료사 또는 임상 사회복지사) 에게 받은 서비스에 관하여 생겨난 불만 사항은 해당 상담사가 면허/등록을 획득한 행동 과학 위원회 (BBS)에 제출할 수 있습니다. 이 공지는 심리 치료를 받는 고객에게 이 정보를 제공하기 위해 AB 630, 229 장, 2019 년 법령을 준수합니다. 마찬가지로, 임상심리박사의 경우는 심리학 위원회에 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 또한, 정신과 전문의는 캘리포니아 의료 위원회에 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

불만 사항 접수 방법:

행동 과학 위원회 (Board of Behavioral Sciences, BBS) 는 결혼 가족 심리 치료사, 교육 심리학자, 임상 사회복지사 또는 전문 임상 상담사의 실무 범위 내에서 제공되는 서비스에 관한 불만 사항을 접수하고 이에 응답합니다. <http://www.bbs.ca.gov> 에서 온라인으로 위원회에 연락하시거나, (916) 574-7830 으로 전화해 연락하실 수 있습니다.

소비자 보호부의 심리학 위원회는 심리학 실무 범위에 관한 질문과 불만 사항을 접수하고 답변합니다. 질문이나 불만 사항이 있는 경우 <http://www.psychology.ca.gov> 로 이메일을 보내거나, 1-866-503-3221 로 전화 또는 아래 주소로 편지를 보내 위원회에 문의할 수 있습니다: Board of Psychology 1625 North Market Blvd, Suite N-215 Sacramento, CA 95834 캘리포니아 의료위원회는 면허가 있는 의사를 규제합니다. 라이선스를 확인하거나 불만 사항을 제기하려면 <http://www.mbc.ca.gov> 를 방문하거나 이메일 <mailto:licensecheck@mbc.ca.gov> 또는 1-800-633-2322 전화 하실 수 있습니다. 추가 고객 권리 자료, 불만 사항, 또는 항소 절차 및 양식은 dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/ (QR code page 7 참조) 와 로스앤젤레스 카운티 전문 정신 건강 수혜자 핸드북에서 찾아보실 수 있습니다. LACDMH 환자 권리 사무소 1-800-700-9996

으로 전화하셔서 연락하실 수 있습니다. APCTC 환영 패키지에 위 정보가 포함되어 있으며, 불만 사항은 1-213-252-2100 으로 담당자에게 전화하거나 www.apctc.org 를 통해 제기 할수 있습니다.

임상 진료 지침

정신건강국 (Department of Mental Health, DMH) 에서는 유효하고 안정적인 임상 증거 및/또는 정신 건강 진료 제공자들의 의견이 일치된 합의 사항을 기반으로 임상 진료 척도를 개발 및 채택하고 있습니다. 임상 진료 척도는 주기적으로 검토 및 업데이트됩니다. DMH 임상 진료 척도에 대한 정보는 <https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg=> 웹 페이지를 방문하시거나 진료 제공자에게 문의하세요.

긴급 상황

긴급 상황 발생시 경찰 (911), 정신 건강 응급 전화 (988), 또는 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국 ACCESS: (800) 854-7771 로 전화하세요. 741741 번으로 “HOME” 또는 “Hello” 문자를 보내면 문자 도움을 받으실 수 있습니다.

APCTC 서비스에 동의함으로써 귀하는 다음 사항을 이해합니다.

1. 귀하는 전문 정신 건강 서비스에 대한 로스앤젤레스 카운티 수혜자 핸드북에 설명된 전문 정신 건강 서비스의 선택에 대해 통보받고 이에 참여할 권리가 있습니다.
2. 귀하는 LACDMH 시스템의 다른 서비스를 이용할 것을 요구받지 않으나 해당 서비스를 받을 권리가 있습니다.
3. 원격 의료, 전화, 보안 이메일 및/또는 보안 문자 메시지 등의 모든 서비스는 자발적으로 선택할 수 있으며, 귀하는 의료 서비스 제공자(시설 또는 직원)에게 변경사항을 요청할 권리가 있습니다.
4. 귀하는 서비스 도중을 포함하여 언제든지 향후 진료 또는 치료에 대한 권리나 프로그램을 통한 혜택을 침해받지 않으면서 서비스, 서비스 방식 또는 의사소통 방식에 대한 동의를 보류하거나 철회할 선택권이 있습니다. 정신 건강국 담당 직원은 서비스 제공이나 의사소통 방법이 적절하지 않다고 판단 되는 경우, 특정 서비스 방식이나 의사 소통방법의 사용을 철회할 수 있습니다.
5. 모든 APCTC 직원은 고용 조건으로 기밀 유지 서약에 서명하며, 이 서약은 직원들이 고객의 정보를 공유하는 것을 금지합니다 (단, 연방 정부, 주 정부, 건강국 기밀 유지 법, 정책, 절차하에 정보 공유가 허용되는 경우 제외함).

6. 진료를 결정하는 직원이 귀하에게 필요한 적절한 진료와 적절한 의료 서비스질을 결정할 때 귀하에 대해 가장 완전한 정보를 받을 수 있도록 보장하기 위해 직원에게 공개된 (직원이 진료에 중요하다고 결정한) 정보를 임상 서류에 기록할 것입니다.
7. 귀하의 인구 통계 정보 및 임상 정보는 APCTC의 전자 의료 기록 시스템에 입력되며 APCTC 내의 직원 및 적절한 경우 귀하의 치료에 관여하는 기타 승인받은 개인이 해당 정보를 열람할 수 있습니다. 자세한 내용은 로스앤젤레스 카운티 보건 당국 개인정보 보호 관행 공지 사항을 참조하십시오.
8. 원격 의료 및 전화 서비스의 잠재적인 위험에 관련하여, 사용 중인 장비의 부분 또는 완전 고장으로 인해 정신건강국 직원이 정신 건강 서비스를 일시적으로 제공하지 못할 수 있는 등의 위험이 있습니다.
9. 귀하는 보안 이메일 및/또는 보안 문자 메시지에 동의함으로써 APCTC 직원이 귀하의 정신 건강 질환 및 진료에 대한 정보를 보안 문자 및 보안 이메일을 통해 귀하에게 전송하도록 허용하는데 동의합니다.
10. 보안 이메일 및 보안 문자 메시지는 응급 또는 긴급 상황 또는 진단 목적으로 절대 이용되지 않을 것입니다. 귀하는 귀하의 의료 서비스 제공자와 함께 일반 영업시간 이후 또는 응급 또는 긴급 상황 중에 의료진에게 문의하는 최선의 방법에 대해 상의해야 합니다. 보안 이메일 과 보안 문자 메시지를 통한 일체의 요청은 수용되지 않을 것입니다.

원격 의료, 전화, 보안 이메일 및/또는 보안 문자 메시지 이용 시 귀하의 개인 기기(들)에 필요한 기술적인 고려 사항이 있습니다. 이에 동의함으로써 귀하는 다음 사항을 이해함을 인정합니다.

1. 승인된 APCTC 원격 의료 / 보안 문자 메시지 / 보안 이메일 어플리케이션의 설치로 일체의 충돌, 오류 또는 손상이 발생하는 경우, LACDMH는 귀하의 기기에 대해 책임지지 않습니다.
2. 귀하는 귀하의 기기 및 어플리케이션을 처리, 조작, 관리할 전적인 책임이 있습니다. 귀하의 기기를 손상, 손실 또는 도난당하는 경우, APCTC는 해당 기기에 보관 중인 개인 건강정보(Protected Health Information, PHI)를 포함하되 이에 한정되지 않는 정보의 유출에 대한 책임을 지지 않습니다.
3. 귀하 및 귀하의 담당 직원이 명시적인 동의서를 제공한 경우가 아니라면 APCTC는 전화 및 원격 의료 세션을 포함한 세션의 녹화/녹음을 허용하지 않습니다.
4. APCTC는 귀하의 동의 없이 원격 의료 소통으로부터 확보한 귀하의 개인 신원 식별 가능한 이미지 또는 정보를 연구원들이나 기타 단체에 공유하지 않을 것입니다.

5. 보안 문자 메시지 및/또는 보안 이메일이 제출되는 시점과 귀하를 치료하는 의료 서비스 제공자가 이를 읽고/읽거나 답변하는 시점 사이에 지연이 발생할 수 있습니다. 귀하는 문자/이메일에 포함돼 있는 정보를 의료 서비스 제공자가 읽었는지 알지 못할 것이며, APCTC 는 언제 귀하가 답변을 받을 수 있는지 예상할 수 없습니다.
6. APCTC 에서 승인한 보안 문자 메시지 및 보안 이메일은 APCTC 직원과 문자 정보를 주고받는 유일한 방법입니다.
7. 귀하가 원격 의료, 전화, 보안 문자 메시지 용도로 귀하의 개인 기기 사용 시 이와 관련 해 발생한 일체의 데이터 사용료 또는 문자 메시지 요금에 대한 책임은 귀하에게 있습니다.
8. 보안 문자 및 보안 이메일을 통해 전송된 정보는 치료를 제공하고 일정을 예약하는 데 있어 정신건강국 직원에게 도움이 될 수 있습니다.
9. 이메일(들) 및 문자 메시지(들)가 보안 수단을 통해 전송될 것임에도, 귀하에게 전송되도록 의도된 이메일 또는 문자 메시지가 부주의하게 잘못된 이메일 주소 또는 전화번호로 전송될 위험이 있습니다.



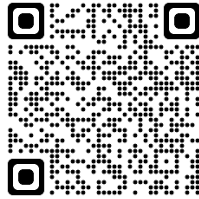
Asian Pacific Counseling & Treatment Centers
A Division of Special Service for Groups

QR CODES

APCTC 웹사이트의 리소스를 이용 하려면 아래 QR 코드를 스캔하세요.

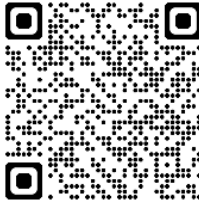
[APCTC Website](http://www.apctc.org)

www.apctc.org



[APCTC Website-Forms](https://www.apctc.org/forms.html)

https://www.apctc.org/forms.html



[APCTC Welcome Packet](https://www.apctc.org/uploads/1/1/5/0/115018149/apctc_welcome_packet_english_5.15.23_final.pdf)

https://www.apctc.org/uploads/1/1/5/0/115018149/apctc_welcome_packet_english_5.15.23_final.pdf





Asian Pacific Counseling & Treatment Centers
A Division of Special Service for Groups

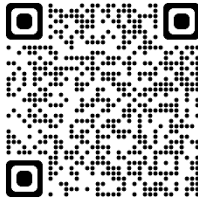
QR CODES

로스앤젤레스 카운티 정신 건강국 웹사이트의 리소스를 이용하려면 아래 QR 코드를 스캔하세요.

로스앤젤레스 카운티 정신 건강국

Provider Directory

<https://dmh.lacounty.gov/pd/>



Consumer Resource Directory

https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1059976_CONSUME RRESOURCEDIRECTORY_07-19_.pdf



Notice of Privacy Practices

https://file.lacounty.gov/SDSInter/dhs/1034641_rev218HA10 052017FinalHANPPHandoutEnglish.pdf



Request for Change of Provider Form

https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1041262_200_05_Att _1_English.pdf



Behavioral Health Member Handbook

<https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/mhp- handbooks/>



Beneficiary/Client Grievance or Appeal and Authorization Forms

<https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/>



*please scroll down and choose your language of choice
*previously called the Mental Health Plan Beneficiary Handbooks

*please scroll down and choose your language of choice



Asian Pacific Counseling & Treatment Centers
A Division of Special Service for Groups

서비스에 대한 동의 및 승인 양식

본인, _____, 은(는) 아시아 태평양 상담 치료 센터 (Asian Pacific Counseling and Treatment Center, APCTC) 에서 제공하는 정신 건강 서비스를 받음에 동의합니다.

본인은 본 동의서에 제공된 정보를 읽었습니다. 본인에게 제공된 정보에 대해 질문할 기회가 있었고, 본인이 가진 모든 질문에 대한 답변을 들었으며, 제공된 서면 정보를 이해하고 있습니다.

- 본인은 원격 의료 서비스 사용에 동의합니다 yes no
- 본인은 전화 서비스 사용에 동의합니다 yes no
- 본인은 통지를 위한 보안 문자 메시지 사용에 동의합니다 yes no
전화 또는 보안 문자 메시지 수신을 위한 전화번호: _____
- 본인은 통지를 위한 보안 이메일 사용에 동의합니다. yes no
원격 의료 및 보안 이메일 수신을 위한 이메일: _____

다음 항목에 대한 이해를 나타내기 위해 이니셜을 기재해 주십시오

- 개인정보 보호, 비밀 보장 및 비밀 보장 제한 _____
- 치료 과정 / 평가 및 치료 종료 _____
- 출석 / 취소 정책 _____
- 결제 및 보험금 상환 _____
- 고객 / 소비자 / 환자에 대한 통지 _____
- 비상 절차 _____

사전 의료 지시서

- 나는 사전 의료 지시서에 대한 정보를 받았습니다. yes no
- 현재 사전 의료 지시서를 가지고 있습니다. yes no

맞다면, 귀하의 임상 기록에 넣을 수 있도록 사본을 제공해 주세요.





Asian Pacific Counseling & Treatment Centers
A Division of Special Service for Groups

서비스에 대한 동의 및 승인 양식 (계속)

귀하는 처음 서비스를 받으실 때 APCTC 환영 패키지와 아래의 환자 권리에 관한 자료들을 제공 받았습니다. 이러한 자료의 사본은 언제든지 요청하실 수 있습니다.

• APCTC 환영 패키지	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies
• 정신 건강 보험 수혜자 핸드북	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies
• LAC-DMH 고충 사항 및 이의 신청 절차	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies
• 제공자 명부	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies
• 소비자 자원 안내 책자	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies
• LACDMH 제공 기관 변경 요청	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies
• LACDMH 개인정보 보호 관행 고지	<input type="checkbox"/> QR code/links	<input type="checkbox"/> hard copies

본인은 아래에 서명함으로써 서비스를 받는 것에 동의하므로, 접수시 위의 문서를 받았으며, 이 기관의 서비스를 소개받아, 고객으로서의 자신의 권리에 대해 안내받는 것을 인정합니다.

_____	_____	_____
고객 서명*	날짜	고객 이름 (Print)
_____	_____	_____
책임자 서명**	날짜	고객과의 관계
_____	_____	_____
직위 서명***	날짜	언어 (통역했을 시)

* 자신이 서명난에 서명을 하고 서비스를 받는 미성년자 고객은 임상 기록에 서명된 미성년자 동의서를 가지고 있어야 합니다.
 **책임자= 후견인, 보호자, 또는 미성년자의 부모가 필요한 경우
 ***증인/통역사= 양식 서명을 목격한 사람(직원 또는 다른 사람) 또는 고객을 위해 이 양식을 다른 언어로 통역한 사람 (통역된 언어를 포함해야함)

- Client was given the above copies, but unwilling to sign the Consent to Services and Acknowledgments Form.
- Client and/or Responsible Adult is unavailable/unable to sign. Verbal/implied consent provided on _____.
- Due to intake conducted via telehealth/telephone, information was discussed and client was directed to www.apctc.org to view the documents. Hardcopies will be offered at in-person meeting.

<small>This confidential information is provided to you in accord with State and Federal laws and regulations included but not limited to applicable Welfare and Institutions code, Civil Code, and HIPAA Privacy Standards. Duplication of this information for further disclosure is prohibited without prior written authorization of the client/authorized representative to whom it pertains unless otherwise permitted by law. Destruction of this information is required after the state purpose of the original request is fulfilled.</small>	Name:	IS#:
	Agency:	Provider #:

