안내정보

Medi-Cal 정신건강 서비스

Los Angeles County-Korean
Revised July 2013

응급증상에 처하신 경우, 9-1-1을 호출하거나 가장 가까운 병원의 응급실로 가시기 바랍니다.

응급증상 여부의 판단에 대한 도움이 되는 추가정보를 원하시면, 본 책자의 6 면에 나오는 캘리포니아주 정보편을 확인하시기 바랍니다.

의료서비스제공자 목록을 찾는 법:

귀하의 요청이 가능하며, 정신건강보험(MHP)에서는 귀하의 지역에서 정신건강 서비스를 얻을 수 있는 인명부, 진료소 및 병원 목록을 제공해야 합니다. 이를 '의료서비스 제공자 목록'이라 부르며, 여기에는 의사, 치료사, 병원 및 도움을 얻을 수 있는 기타 장소의 이름, 전화번호 및 주소들이 들어 있습니다. 도움을 요청하시기 전에, 귀하의 MHP 에 먼저 연락하여야 할 가능성이 있습니다. 위의 MHP 의 24 시간 무료 전화번호로 연락하여 의료서비스 제공자의 진료

Disponible en Español

이와 같은 자료는 다른 어떤 언어와 형식으로 이용이 가능합니까?

Este folleto (o información) esta disponible en Español. Usted puede solicitarlo llamando al número de teléfono gratuito mencionado anteriormente.

Có bản tiếng Việt của tập sách (hoặc tài liệu) này. Quý vị có thể gọi số điện thoại miễn phí ở trên để xin bản tiếng Việt.

本小冊子（或資訊）有繁體中文版，
請致電以上免費專線查詢。

Phau ntawv no (los sis cov lus no) muaj ua lus Hmoob. Koj nug tau cov no uas hu tus xov tooj hu dawb saum toj no.

يتوفر هذا الكتيب(او هذه المعلومات) باللغة العربية. و يمكنك طلب نسخة
بواسطة الإتصال برقم الهاتف المجاني المبين أعلاه.

Դուք կարող եք ստանալ այս գրքույկը (կամ տեղեկությունը) հայերեն լեզվով՝ զանգահարելով վերը նշված անվճար հեռախոսահամարով:

ក្រុងសៀវភៅ(រពត៌មាន)នេះ អាចមានជាភាសាខ្មែរ។
អ្នកអាចសុំវាដោយគ្រាន់តែ ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខដែលឥតគិតថ្លៃ
ដូចបានរាយខាងលើ។

Данная брошюра также доступна на русском языке. Вы можете попросить предоставить ее вам, позвонив по бесплатному номеру телефона, указанному выше.

TAng buklet (o impormasyon) ay makukuha sa Tagalog. Maaari mo itong hilingin sa pamamagitan ng pagtawag sa walang bayad na telepono na nakalista sa itaas.

این دفترچه (یا اطلاعات) بزبان فارسی موجود است.
شما میتوانید از طریق شماره تلفن رایگان درج شده در
فوق آنرا درخواست کنید.

본 책자(또는 정보)는 한국어로 이용이 가능하며, 위에 수록된 무료전화번호로 연락하여 요청하실 수 있습니다.

Medi-Cal의 소개

정신건강 서비스

본 책자를 구한 이유와 중요성은 무엇입니까?

귀하는 Medi-Cal에 대한 자격을 갖추었으며, LA 카운티에서 제공하는 정신건강보험과 필요할 경우, 이들 서비스를 받는 법에 관해 알아야 할 필요가 있으므로 본 책자가 제공되는 것입니다.

*본 책자의 이해가 어려운 경우에는, **MHP** 의 전화 **(800) 854-7771** 번으로 연락하여 도움을 요청하시거나, 이 중요한 정보를 얻을 수 있는 다른 방도를 알아보시기 바랍니다.*

현재 LA 카운티에서 서비스를 받는 중인 경우, 본 책자를 통해 진행과정에 대해 더 많은 정보를 알 수 있습니다. 정신건강 서비스에 관한 설명은 있으나, 제공받고 있는 서비스의 변경은 없습니다. 보관도 가능하므로, 다시 읽어보실 수도 있습니다.

지금 현재 서비스를 받지 않는 경우, 귀하나 지인이 향후 정신건강 서비스에 관해 알아둘 목적으로 보관을 요구할 수 있습니다.

정신건강 응급증상이란 무엇입니까?

응급증상이란 다음과 같은 경우의 심각한 정신 또는 정서문제입니다:

어떤 사람이 정신질환과 같은 사유로 인해 자신이나 타인에게 위협이 되는 경우, 또는 누군가가 정신질환과 같은 사유로 인해 필요한 의식주를 구하거나 사용하는 경우.

응급증상에는, **9-1-1**을 호출하거나 환자를 병원 응급실로 후송하시기 바랍니다.

책자의 사용법은 어떻게 됩니까?

본 책자는 정신건강 전문서비스의 정의, 서비스의 수혜자격, 및 LA 카운티 MHP의 도움을 받는 법 등을 알게 되는 데에 도움이 될 것입니다.

책자는 두 섹션으로 구성되어 있습니다. 첫번째 섹션에는 LA 카운티 MHP의 도움을 받는 법과 처리과정을 설명합니다.

두 번째 섹션의 출전은 캘리포니아주이며, 정신건강 전문서비스에 관한 보다 일반적인 정보를 제공합니다. 여기에서는 기타 서비스의 수혜방법, 문제해결법, 그리고 프로그램하에 보장되어 있는 권리에 대해 설명되어 있습니다.

또한 LA 카운티 MHP에서 보험서비스를 제공하기 위해 이용하고 있는 의사, 진료소 및 병원들에 관한 정보와 위치정보의 입수방법도 아울러 설명합니다.

본인의 카운티 정신건강보험(MHP)은 무엇입니까?

정신건강 서비스는 LA 카운티의 아동, 청소년, 성인 및 노인을 포함하여 Medi-Cal의 수혜대상자들에게 이용이 가능합니다.

때로는 정규 의사들을 통해 이들 서비스를 받을 수 있습니다. 종종 전문의에 의한 서비스가 가능하며, 이는 정신건강 '전문'서비스라고 합니다. 이와 같은 전문서비스는 귀하의 정규 의사와는 별도로 LA 카운티 "정신건강보험" 또는 MHP를 통해 제공합니다. LA 카운티 MHP는 캘리포니아주 및 연방정부에서 제정한 규정에 따라 운영되고 있습니다. 캘리포니아의 각 카운티에는 자체에 MHP가 있습니다.

정신건강문제가 있다고 생각되는 경우에는, LA 카운티 MHP의 전화 **(800) 854-7771**번으로 직접 연락하시기 바랍니다**.** 이 무료전화는 연중무휴 하루 24시간 이용이 가능합니다. 음성 및 언어통역권, 혜택 및 치료가 귀하의 선호하시는 언어로 이용이 가능합니다. 귀하의 담당 정규의사의 진찰을 먼저 받거나, 방문 전에 허락이나 의뢰를 받을 필요는 없습니다.

정신건강 전문서비스의 혜택을 받으려고 생각하시며, Medi-Cal의 수혜자격이 있으신 경우에는, LA 카운티 MHP에서 정신건강 치료와

*또한 주 공청회의 신청도 가능합니다. 본 책자의 캘리포니아주 섹션 **26**면을 확인하여 보다 상세한 정보를 얻으시기 바랍니다.*

서비스 수혜여부를 알 수 있도록 도와 드릴 것입니다. 구체적인 서비스에 관한 정보가 더 필요하시면, 책자의 캘리포니아주 9면 '서비스' 섹션을 LA 카운티 확인하시기 바랍니다.

도움을 얻는 데 어려움이 있는 경우에는 어떻게 합니까?

도움을 구하는 데 문제가 있는 경우에는, 연중무휴 하루 24시간 이용이 가능한 LA 카운티 MHP의 무료전화 **(800) 854-7771**번으로 직접 연락하시기 바랍니다. 또한 카운티의 환자권익옹호협회 (Patient's Right Advocate)의 전화 **(800) 700-9996**번으로 연락하셔도 됩니다.

이로써 문제가 해결되지 않는 경우에는, 캘리포니아주 민원조사관(옴부즈맨)에게 연락하여 도움을 청하실 수 있습니다:

(800) 896-4042 – CA에 한함
(916) 654-3890
(800) 896-2512 TTY
팩스: **(916) 653-9194**
이메일: **ombudsman@dmh.ca.gov**

목차

LA 카운티

환영! LA 카운티 정신건강보험 1
응급중상 기본정보
중요 전화번호 2
환자가 즉시 도움이 필요한지의 여부는 어떻게 알 수 있습니까? 2
LA 카운티에서는 어떤 정신건강 전문서비스를 제공합니까? 2
LA 카운티 정신건강보험 서비스/정보
이들 서비스의 수혜방법은 어떻게 됩니까? 3
정신건강 서비스의 수혜 "승인"이란 무슨 뜻이며, 제공 서비스의 금액, 기간 및 범위는 무엇입니까? 3

의사, 치료사, 진료소 및 병원에 관한 보다 상세한 정보는 어떻게 구합니까? 3
자료는 어떤 다른 언어 및 형식으로 이용이 가능합니까? 3
“의료서비스 제공자 목록”상의 의사, 치료사, 진료소 또는 병원은 어디서나 진료가 가능합니까? 4
의사, 치료사, 진료소 의 변경을 원하는 경우는 어떻게 됩니까? 4
“의료서비스 제공자 목록” 은 어떻게 구합니까?..... 4
“의료서비스 제공자 목록”을 통해 도움이 되는 분을 찾을 수 있습니까? ... 4
LA 카운티의 “의료서비스 제공자 목록”에 없는 의사, 치료사, 진료소 또는 병원에서 진료를 받고자 하는 경우에는 어떻게 됩니까? 4
긴급진료 정신건강 서비스가 주말 또는 야간에 필요한 경우에는 어떻게 됩니까? 5
본인의 정신건강 의료서비스 제공자가 제공하지 않는 정신건강 서비스는 어떻게 받습니까? 5
정신건강 치료 이외의 서비스를 받기 위해 의사의 진료가 필요한 경우에는 어떻게 합니까? 5
본인의 정신건강 치료에 불만족하는 경우에는 무슨 조치를 취할 수 있습니까? 6
수혜자 서비스란 무엇입니까? 이 서비스에서는 무엇을 합니까? 직원에게는 어떻게 연락합니까? 6
LA 카운티에서는 본인의 정신건강기록을 개인정보로 보호합니까? 6

캘리포니아주

주 차원의 일반정보
본 책자를 필독해야 하는 중요한 이유는 무엇입니까? 1
카운티 정신건강보험
정신건강 서비스란 무엇입니까? 2
정신건강 서비스는 어디서 받을 수 있습니까? 2
서비스는 어떻게 받습니까? 2

Medi-Cal 정신건강 서비스

캘리포니아주 *(계속)*

Medi-Cal관련 중요정보

Medi-Cal의 대상은 누구입니까? 4
Medi-Cal을 위해 비용을 지불해야 합니까? 4
정신건강보험의 수혜범위에 없는 Medi-Cal 서비스는 어떻게 받습니까? .. 5
아동건강 및 장애예방(CHDP) 프로그램은 무엇입니까? 7

응급증상 기본정보

응급증상이 있습니까? 8
어떤 종류의 응급증상 관련서비스가 제공됩니까? 9
안정화 이후 진료를 담당하는 본인의 MHP 책임은 언제 끝납니까? 10

서비스

(성인 및 노인)

도움이 필요한 시점은 어떻게 알게 됩니까? 11
도움이 필요할 수 있다는 징후는 무엇입니까? 11
무슨 서비스를 이용할 수 있습니까? 12

(아동,미성년, 및 청년층)

아동에게 도움이 필요한 시점은 어떻게 알게 됩니까? 14
미성년자 또는 청년에게 도움이 필요한 시점은 어떻게 알게 됩니까? 15
무슨 서비스를 이용할 수 있습니까? 15
아동, 미성년자 및 청년들이 이용가능한 특별서비스가 있습니까? 16
치료행위서비스 (TBS)란 무엇입니까 16
TBS의 대상자는 누구입니까? 17
본인이 TBS를 받기 위해 있어야 하는 기타 사항은 무엇입니까? 17
TBS는 어떻게 받습니까? 17
본인에게 TBS의 필요여부는 누가 결정하며, 이들은 어디서 구할 수 있습니까? 18
본인의 TBS 플랜에는 무엇이 있어야 합니까? 18

'의료적 필요성' 기준

'의료적 필요성'이란 무엇이며, 매우 중요한 이유는 무엇입니까? 19
병원서비스를 제외한 정신건강 전문서비스의 수혜범위에 대한 '의료적 필요성' 기준은 무엇입니까? 19

21세 미만의 환자용의 정신건강 전문서비스의 수혜범위에 대한 '의료적 필요성' 기준은 무엇입니까? 20

조치통지서

조치통지서란 무엇입니까? 22
조치통지서는 언제 받게 됩니까? 22
본인이 원하는 서비스를 받고 있지 않으면, 조치통지서를 언제나 받게 됩니까? 23
조치통지서에서는 본인에게 무엇을 설명하게 됩니까? 23
조치통지서를 받으면, 무엇을 해야 합니까? 23

캘리포니아주 *(계속)*

문제해결과정

본인의 카운티 MHP로부터 원하는 서비스를 받지 않는다면 어떻게 됩니까? 24
재심청구, 민원, 또는 주 공청회의 제기에 대한 도움은 어떻게 얻을 수 있습니까? 24
본인의 MHP를 통한 문제해결의 도움이 필요하지만, 민원이나 재심청구의 접수를 원하지 않는 경우에는 어떻게 합니까? 24

(재심청구 과정 - 표준 및 신속)

표준 재심청구 란 무엇입니까? 25
재심청구의 제기시점은 언제가 될 수 있습니까? 26
재심청구 제기는 어떻게 할 수 있습니까? 26
본인의 재심청구가 해결되는 것은 어떻게 알 수 있습니까? 26
재심청구 제기의 마감시한이 있습니까? 26
본인의 재심청구는 언제 해결될 것입니까? 27
본인의 재심청구 결정을 위해 45일간을 기다릴 수 없다면 어떻게 됩니까? 27
신속 재심청구란 무엇입니까? 27

(주 공청회 과정 -표준 및 신속)

주 공청회란 무엇입니까? 28
본인의 주 공청회 권한은 무엇입니까? 28
주 공청회의 접수는 언제 가능합니까? 28
주 공청회의 청구는 어떻게 합니까? 28
주 공청회의 접수에 대한 마감시한이 있습니까? 29
주 공청회의 결정을 기다리는 동안, 서비스는 지속할 수 있습니까? 29
본인의 주 공청회 결정을 위해 90 일간을 기다릴 수 없다면 어떻게 됩니까? 29

(민원처리과정)

민원이란 무엇인가? 30
민원접수는 언제 가능합니까? 30
민원접수는 어떻게 합니까? 30

귀하의 권리

본인의 권리에는 무엇이 있습니까? 32

(사전 의사결정서)

사전 의사결정서란 무엇입니까? 34

(이문화 대응력)
문화고려 및 언어지원은 왜 중요합니까? 35

서비스는 귀하에게 어떻게 제공될 수 있습니까
정신건강 전문서비스는 어떻게 받을 수 있습니까? 37
본인에게 필요한 정신건강 전문서비스를 위해 서비스제공자는 어떻게 알아낼 수 있습니까? 37
일단 서비스제공자를 찾으면, MHP에서는 본인이 받는 서비스를 서비스제공자에게 알려줄 수 있습니까? 38
어떤 서비스제공자가 본인의 MHP를 사용합니까? 39

환영! LA 카운티 정신건강보험

저희는 LA 카운티 정신건강 서비스와 Medi-Cal 정신건강보험으로 여러분을 안내하고자 합니다. 정신보건국에서는 카운티와 계약대행기관들이 운영하는 진료소, 현장서비스, 및 병원과 기타 시설들의 네트워크를 통해 LA 카운티의 주민들을 위한 수행하는 일에 대한 자부심이 있습니다. 저희는 귀하의 지역커뮤니티에서 제약을 가장 최소화한 가운데 고품질, 비용효과가 있는 진료를 제공하기 위해 노력을 경주하고 있습니다. 이는 LA 카운티의 정신건강 수요에 대응하기 위해 공공자금의 책임감있는 사용을

보장하기 위한 가능한 모든 것을 다하는 것을 의미합니다. 이 브로셔를 주의깊게 읽으시기 바랍니다. 여기에는 귀하가 아실 필요가 있는 중요한 정보가 실려 있습니다.

귀하의 정신건강 서비스의 계획과 같이, 저희는 다음과 같은 사항을 수행하려고 합니다:

- 정신건강 치료관련 문의사항에 대한 응답
- Medi-Cal에서 담당하는 정신건강 서비스에 대한 설명
- 필요한 정신건강 서비스형태에 대한 결정 및 수혜에 대한 도움
- 본인 스스로에 대한 존중
- 안전한 환경에서 서비스의 수혜보장
- 문화적 요구를 수용하는 진료에 대한 수혜 도움

참여자로서, 구체적인 책임사항 또한 있습니다:

- 정신건강상 필요사항에 관해 정직하고 완벽한 정보의 제공
- 정신건강 치료에 대한 적극적인 참여
- 예정에 따른 약속의 이행
- 약속이행이 불가능한 경우의 연락
- 치료목적에 대한 서비스제공자와의 공동노력

중요 전화번호

비상전화	911
정신건강지원	(800) 854-7771
통신센터	(562) 651-2549 *(청각장애인용 통신장치(TDD)/ 텔레타이프라이터(TTY))*
수혜자 서비스	(213) 738-4949
환자권익옹호사무소	(800) 700-9996

환자가 즉시 도움이 필요한지의 여부는 어떻게 알 수 있습니까?

응급증상이 없더라도, 정신건강 문제가 있는 환자는 다음 사항 가운데 하나 또는 그 이상이 사실인 경우, 도움이 즉시 필요합니다.

- 다른 사람들은 없다고 생각하는 대상에 대한 환청 또는 환영
- 죽음에 대해 극단적이고 잦은 생각 또는 이야기
- 자신의 소지품을 주어버림
- 스스로 죽겠다는 (자살) 위협
- 자해 또는 타인에 대한 상해시도

이와 같은 사항들 가운데 하나 또는 그 이상이 사실인 경우, 911번 또는 LA 카운티 MHP의 전화 (800) 854-7771번(24시간 무료이용)으로 연락하시기 바랍니다. 정신건강 담당자들은 하루 24시간 당직제로 근무합니다.

*때로 필요한 기타 서비스들은 본 책자 캘리포니아주 섹션의 **9**면(성인 및 **12**면(아동)에 나오는 목록에 소개되어 있습니다.*

LA 카운티에서는 어떤 정신건강 전문서비스를 제공합니까?

귀하에게 이용가능한 정신건강 서비스들은 다음과 같습니다:

- **정신과 입원환자 병원서비스** – 병원의 정신건강 전문서비스.
- **정신의학 서비스** – 공인 내과의/의사 및 정신과 전문의인 정신건강 의료서비스 제공자로부터의 정신건강 전문서비스.
- **심리 서비스** – 정신건강 장애의 진단 및 치료를 위해 심리치료사인 공인 정신건강 의료서비스 제공자로부터 받는 정신건강 전문서비스.
- **목표사례관리** – 환자들의 독립적인 생활양식의 확립 및/또는 유지를 돕는 데 있어야 할 커뮤니티 서비스들을 이용하고 받도록 도움이 되는 정신건강 전문서비스 및 활동.

- **재활 서비스** – 커뮤니티에서 환자들의 일상생활의 향상, 유지 및 회복을 돕는 정신건강 전문서비스.
- **정신과 간호시설 서비스** – 전문기술을 갖춘 간호시설로서 공인된 환경의 정신건강 전문서비스.

위에 수록된 서비스들은 LA 카운티 MHP에서 정신건강 서비스가 필요한 환자들을 가장 잘 돕는 것으로 판단하는 서비스들입니다. 때로, 기타 서비스들도 필요할 수 있습니다. 때로 필요한 기타 서비스들은 본 책자의 캘리포니아주 섹션에서 9면 (성인) 및 12면 (아동)의 목록에 포함되어 있습니다.

이들 서비스의 수혜방법은 어떻게 됩니까?

LA 카운티 MHP 접속통신센터의 전화 (800) 854-7771번으로 연락하시기 바랍니다. 그러면, 서비스 제공자에게 의뢰가 되며, 예약일정이 주어집니다. 청각장애인용 통신장치(TDD)/텔레타이프라이터(TTY) 서비스를 위해서는, 전화 (562) 651-2549번으로 연락하시기 바랍니다.

정신건강 서비스의 수혜 "승인"이란 무슨 뜻이며, 제공 서비스의 금액, 기간 및 범위는 무엇입니까?

귀하, 귀하의 서비스제공자 및 LA 카운티 MHP가 서비스 수혜빈도와 기간을 비롯하여, MHP를 통해 받을 필요가 있는 서비스의 결정에 전적으로 관련됩니다.

LA 카운티 MHP에서는 MHP가 서비스제공자가 서비스를 제공하기 전에, 귀하에게 필요한 것이라고 생각하는 사유들을 검토하도록 귀하의 서비스제공자에게 요구할 수도 있습니다. LA 카운티 MHP에서는 자격을 갖춘 정신건강 전문가로 하여금 검토하도록 하고 있습니다. 이 검토과정은 MHP 지불승인절차라고 부릅니다. 주에서는 주간 집중치료, 주간 재활, 및 치료행동서비스(TBS)에 대하여 LA 카운티 MHP에게 승인절차를 밟도록 요구합니다.

LA 카운티 MHP는 MHP 지불승인절차에 대한 주 법규를 따르고 있으며, 본 책자의 캘리포니아주 섹션 3면에 설명되어 있습니다. LA 카운티에서는 MHP 지불승인방법과 귀하의 서비스제공자에게 요구하는 서비스용 MHP 지불승인 시점에 관해 보다 상세한 정보가 필요한 경우에는, LA 카운티 MHP의 전화 **(213) 738-4949**번으로 연락하시기 바랍니다**.**

의사, 치료사, 진료소 및 병원을 비롯한 LA 카운티의 정신건강 서비스에 관해 보다 상세한 정보는 어떻게 구할 수 있습니까?

서비스제공자 목록 및 LA MHP의 구조와 운영에 관한 추가 정보가 필요한 경우, 수혜자 서비스팀의 전화 (213) 738-4949번으로 연락하시거나, DMH 웹사이트: www.dmh.co.la.ca.us 를 방문하시기 바랍니다.

정신보건국 (550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020)을 방문하여 정보를 얻을 수도 있습니다. 변호인이 귀하의 문의사항에 대한 답을 도와드리기 위해 귀하와 약속하여 만날 예정입니다.

이와 같은 자료는 다른 어떤 언어와 형식으로 이용이 가능합니까?

LA 카운티 MHP에서는 10개의 한계언어로 자료제공이 가능합니다. 소비자들은 이용(ACCESS)팀의 전화 **(800) 854-7771**번 및/또는 환자권익팀의 전화 **(800) 700-9996**번으로 연락하여 자신의 언어 요구사항**(**들**)**을 충족시키는 서비스제공자 목록을 구하시기 바랍니다**.** 의뢰고객들은 MHP 웹사이트을 접속하여 자신의 언어로 서비스를 제공하는 서비스 제공자 인명부를 구할 수도 있습니다 (MHP 웹사이트: **www.dmh.co.la.ca.us**). LA 카운티 MHP 서비스 제공자들은 시각 및 청각장애자들에게 정보를 제공하고 (예, 대형인쇄물 또는 청각용 테입), 캘리포니아 릴레이시스템과 농아 또는 청각장애인을 위해 수화통역인을 활용합니다. 환자권익보호실 전화 **(800) 700-9996**번 또는 **(213) 738-4888**번 또는 캘리포니아 릴레이서비스의 전화 **(800) 735-2929**번으로 연락하시기 바랍니다**.**

LA 카운티의 "서비스 제공자 목록"상 의사, 치료사, 진료소 또는 병원 어디서나 진찰이 가능합니까?

귀하에게는 자신의 서비스제공자를 선택할 권리가 부여되어 있습니다. 귀하께서 선정하는 서비스제공자가 LA 카운티 MHP하에 속하지 않은 경우, LA 카운티 MHP에는 해당 특정 서비스 제공자의 서비스 제공방법에 대한 관할권이 없습니다. 또한, 어떤 서비스 제공자들은 지불용으로 Medi-Cal을 받아들이지 않을 수도 있습니다. 서비스 제공자가 서비스의 이용에 앞서, 지불용으로 Medi-Cal을 받는지에 대한 문의는 귀하의 책임사항입니다. Medi-Cal에서 부담하지

않는 서비스에 대한 지불을 위해 선택하는 경우, 귀하께서 받을 수 있는 서비스형태에 따른 아무 제약이 없습니다.

문의사항이 있으신 경우, 하루 24시간 지원하는 이용(ACCESS)팀의 전화 **(800) 854-7771**번 또는 수혜자 서비스팀의 전화 **(213) 738-4949**번으로 연락하시기 바랍니다.

의사, 치료사, 진료소 의 변경을 원하는 경우는 어떻게 됩니까?

귀하는 서비스 제공자와 직접 의논하여 의사의 변경요구가 가능합니다. 귀하의 요청이 이행되지 않거나, 지원이 더 필요하다고 수혜자가 생각하는 경우, 귀하의 요청을 통한 지원을 위해 환자권익팀에 연락하실 수 있습니다.

"서비스 제공자" 목록의 사본은 어떻게 구할 수 있습니까?

수혜자 서비스팀의 전화 **(213) 738-4949**번으로 연락하시거나 또는 정신보건국 (550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 0020)에서 서비스 제공자 목록을 입수하시기 바랍니다.

"의료서비스 제공자 목록"을 통해 도움이 되는 분을 찾을 수 있습니까?

수혜자는 환자권익사무실 담당직원뿐만 아니라 이용(ACCESS) 담당직원에게서 서비스 제공자의 의뢰를 요청할 수 있습니다. 귀하는 또한 LA 카운티 MHP 웹사이트에 접속하여 서비스를 받고자 하는 지역에서 서비스 제공자를 찾을 수 있습니다.

LA 카운티의 "의료서비스 제공자 목록"에 없는 의사, 치료사, 진료소 또는 병원에서 진료를 받고자 하는 경우에는 어떻게 됩니까?

귀하께서는 귀하의 서비스 제공자를 선정할 권리가 있습니다. 선정하는 서비스제공자가 LA 카운티 MHP하에 있지 않은 경우, LA 카운티 MHP에는 해당 특정 서비스 제공자의 서비스 제공방법에 대한 관할권이 없습니다. 또한, 어떤 서비스 제공자들은 지불용으로 Medi-Cal을 받아들이지 않을 수도 있습니다. 서비스 제공자가 서비스의 이용에 앞서, 지불용으로 Medi-Cal을 받는지에 대한 문의는 귀하의 책임사항입니다. Medi-Cal에서 부담하지 않는 서비스에 대한 지불을 위해 선택하는 경우, 귀하께서 제공된 서비스형태에 따른 아무 제약이 없습니다.

문의사항이 있으신 경우, 하루 24시간 지원하는 이용(ACCESS)팀의 전화 **(800) 854-7771**번 또는 수혜자 서비스팀의 전화 **(213) 738-4949**번으로 연락하시기 바랍니다.

긴급진료 정신건강 서비스가 주말 또는 야간에 필요한 경우에는 어떻게 됩니까?

911번, 또는 이용(ACCESS)팀의 전화 **(800) 854-7771**번으로 연락하시거나, 가장 인근의 응급실로 가시기 바랍니다.

연중무휴, 하루 24시간 아래 기관 가운데 어느 곳이든 연락하셔도 좋습니다.

자살예방 및
생존자 긴급전화 ..... **(877) 727-4747** (LA 카운티 내)
..... **(310) 391-1253** (LA 카운티 외부)
알츠하이머(노인치매)협회 도움의 전화 . **(800) 660-1993**
캘리포니아 청소년 위기의 전화..... **(800) 843-5200**
아동학대 긴급전화 ..... **(800) 540-4000**
가정폭력 –
성폭행 긴급전화 ..... **(800) 339-3940**
노인학대 긴급전화 ..... **(800) 992-1660**
전국 인간면역결핍바이러스(HIV)/후천성면역결핍증후군 AIDS) 긴급전화
..... **(800) 342-2437**
약물남용 긴급전화 ..... **(800) 564-6600** *(오전9시 - 오후5시, 월-금)*

본인의 정신건강 의료서비스 제공자가 제공하지 않는 정신건강 의료서비스는 어떻게 받을 수 있습니까?

서비스 제공자가 귀하에게 필요한 정신건강 서비스를 제공하지 않는 경우, 서비스 제공자에게 적절한 의뢰를 요청할 수 있습니다. 또한 이용(ACCESS)팀 전화 **(800) 854-7771**번으로 정신건강 전문서비스에 대한 의뢰를 요청하셔도 좋습니다.

정신건강 치료 이외의 서비스를 받기 위해 의사의 진료가 필요한 경우에는 어떻게 합니까? LA 카운티의 정신건강 치료가 아닌 Medi-Cal 서비스로 추천의뢰를 받은 환자들은 어떻게 됩니까?

정신건강 치료가 아닌 서비스를 위해 진찰이 필요한 경우에는, 귀하의 서비스 제공자에게 추천의뢰를 해주도록 요구하십시오. 귀하의 정규 의료서비스 제공자에게 보다 상세한 정보의 요구도 역시 가능합니다. 귀하께서 귀하의 지역 전화번호부 옐로우 페이지(업소록)를 통해 해당 지역의 의사를 찾으시도록 권장하는 바입니다.

본인에게 문제가 있거나 본인의 정신건강 치료에 불만족하는 경우에는 무슨 조치를 취할 수 있습니까?

우려사항 또는 문제가 있거나, 아니면 귀하의 정신건강 서비스에 불만이 있는 경우, MHP에서는 귀하의 우려사항이 반드시 간단하고도 신속하게 해결되기를 바라고 있습니다. MHP의 전화 **(800) 854-7771**번으로 연락하셔서 우려사항의 해결방법을 모색하시기 바랍니다.

귀하께서 MHP와 더불어 공동노력을 기울임으로써 서비스나 기타 문제점들에 관한 우려사항을 해결하는 데는 세 가지 방법이 있습니다. MHP에 관련하여 어떤 쟁점사항이든지 MHP에 구두 또는 서면으로 민원제기가 가능합니다. 구두 또는 서면으로 MHP에 접수하는 재심청구(와 서면으로 하는 사후조치)도 가능합니다. 사회복지서비스국에 주 공청회의 신청접수도 가능합니다.

MHP 민원 및 재심청구절차, 그리고 주 공청회 절차상 업무진행에 대한 보다 세부적인 정보를 얻기 위해서는, 본 책자의 캘리포니아주 섹션 22면에서 민원, 재심청구 및 주 공청회에 관한 섹션을 확인하시기 바랍니다.

귀하의 문제는 가능하면 신속하게 그리고 간단명료하게 처리하게 될 것입니다. 물론, 기밀사항으로 취급하게 됩니다. 차별 또는 민원이나 재심청구 또는 주 공청회의 신청접수에 대한 기타 모든 벌과금을 받지 않을 것입니다. 민원, 재심청구, 또는 주 공청회절차에 있어서 귀하를 대행할 다른 대리인에게 권한을 부여할 수도 있습니다.

수혜자 서비스란 무엇입니까? 이 서비스에서는 무엇을 합니까? 직원에게는 어떻게 연락합니까?

수혜자 서비스팀은 환자권익보호실의 일부입니다. 수혜자 서비스팀의 담당직원은 정보, 의뢰의 제공, 문제해결을 통한 지원, 그리고 민원 및 재심청구의 조사를 실시함으로써 정신건강을 통해 귀하를 지원할 수 있습니다.

환자 수혜자서비스 담당직원은 다음으로 연락이 가능합니다:

비병원 민원/재심청구용 전화 **(213) 738-4949**번
병원 민원/재심청구용 전화 **(213) 738-4888**번

LA 카운티에서는 본인의 정신건강기록을 개인정보로 보호합니까?

예, 귀하의 개인적인 건강정보는 기밀이며, 주법 및 연방법으로 보호되고 있습니다. 저희는 귀하께서 받는 진료 및 서비스기록을 작성합니다. 귀하에게 고품질 진료를 제공하고 특정 법률요건을 준수하기 위해 본 기록이 필요합니다. 요구에 따라, 그리고 적절한 경우에는, 저희는 귀하의 치료과정중에 있어서 반드시 최소한의 필수정보에 한해 공개하도록 할 것입니다.

*민원, 재심청구 및 주 공청회에 대한 보다 상세한 정보를 얻으시려면, 본 책자 **22**면 캘리포니아주의 '문제해결과정' 관련 섹션으로 넘어 가시기 바랍니다.*

Medi-Cal 정신건강서비스 (Mental Health Services)

주 차원의 일반정보

본 책자를 필독해야 하는 중요한 이유는 무엇입니까?

본 책자의 첫 섹션에서는, 귀하의 카운티 정신건강보험 (Mental Health Plan)을 통하여 Medi-Cal 정신건강서비스를 받는 방법에 대해 알려 드립니다. 두번째 섹션에서는, Medi-Cal 프로그램의 운용방식과 Medi-Cal 정신건강 전문서비스가 주 전체 카운티에서 어떻게 진행되는가에 대해 보다 심층적으로 소개합니다.

바로 본 섹션을 읽지 않으시는 경우, 본 책자를 보관해 두셨다가 나중에 읽으셔도 좋습니다.

카운티 정신건강보험

정신건강 전문서비스란 무엇입니까?

전싱건강 전문서비스란 일반 의사가 치료할 수 없는 정신질환 또는 정서적 문제들을 가진 환자들을 위해 제공하는 특수한 보건서비스입니다.

어떤 정신건강 전문서비스에는 다음과 같은 사항들이 포함되어 있습니다.

- o 위기상담을 통한 심각한 정서적 위기에 처한 사람들의 지원
- 개인, 그룹, 또는 가족치료법
- 일상생활을 위한 대처기술의 개발을 위해 정신질환자를 돕는 건강재활 또는 회복서비스
- 정신질환자들을 위한 특별활동일 프로그램
- 정신질환 치료를 돕는 의약품의 처방
- 정신질환 치료를 돕는 의약품의 관리지원
- 필요한 정신건강서비스를 찾을 수 있도록 지원

정신건강서비스는 어디서 제공받을 수 있습니까?

국내에서는 자신의 거주지에서 정신건강서비스를 받을 수 있습니다. 카운티마다 아동용, 청소년용, 성인용 및 노인용 정신건강보험이 있습니다. 귀하의 카운티 정신건강보험에서는 정신건강 의료서비스제공자(정신과 의사 또는 심리학자인 의사들, 또는 기타)들이 속해 있습니다.

본인의 카운티 정신건강보험으로는 어떻게 서비스를 받을 수 있습니까?

카운티 정신건강보험으로 전화연락을 하셔서, 서비스를 요청하십시오. 승인이나 추천을 받기 위해 일반의에게 요청할 필요는 없습니다. 본 책자의 서두에 나오는 귀하의 카운티용 전화번호로 연락만 하시면 됩니다. 전화이용은 무료입니다.

Medi-Cal 정신건강서비스를 받기 위해서는 연방공인 건강센터, 농촌지역 건강센터 또는 해당지역의 인디언 건강진료소로 가셔도 좋습니다. (귀하의 거주지역내에 있는 진료소의 다른 종류별 공식명칭들입니다. 거주지역의 진료소 정보가 불확실한 경우, 진료소 직원들에게 문의하시기 바랍니다. 이와 같은 종류의 진료소들은 통상 Medi-Cal 보험이 없는 사람들에게 서비스를 제공합니다.)

귀하에게 정신건강서비스를 제공하는 일환으로, 카운티 정신건강보험에서는 다음과 같은 사항을 담당하고 있습니다.

귀하께서 ***Medi-Cal*** *수혜자격이 있고, 정신건강 서비스의 필요성이 있으신 경우, 카운티의 정신건강보험으로 전화를 하셔서 정신건강보험에*

- 정신건강보험(MHP)의 정신건강 전문서비스에 대한 수혜자격이 되는지 여부의 평가.
- MHP의 서비스이용에 관한 정보를 제공하는 연중 무휴 24시간 이용가능 무료전화번호의 제공.
- 필요한 경우, MHP의 수혜범위에 들어있는 정신건강전문서비스를 확실히 받을 수 있도록 하는 충분한 의료서비스 제공인력.
- 거주지역의 MHP로부터 이용가능한 서비스의 정보 및 교육.
- 귀하가 선택하신 언어 또는 (필요한 경우) 무료 통역을 통하여 서비스를 제공하고, 이와 같은 통역서비스가 이용가능함을 알림.
- 이용가능한 서비스에 대한 서면정보를 기타 언어 또는 양식으로 제공하며, 이는 카운티의 필요에 따라 다름.

Medi-Cal에 관한 중요 정보

Medi-Cal의 수혜대상은 누구입니까?

다음 그룹 가운데 하나에라도 해당하는 경우, **Medi-Cal**의 자격이 됩니다:

- 65세 또는 그 이상
- 21세 미만
- 함께 거주하는 미성년자 자녀를 가진 21세와 65세 사이의 성인 (미혼이며 21세 미만의 자녀)
- 맹인 또는 장애자
- 임산부
- 특정 난민, 또는 쿠바/아이티 이민자
- 양로원의 보호를 받고 있는 경우

이들 그룹 가운데 하나에 속하지 않은 경우, 카운티 사회복지서비스국으로 전화연락을 하여 카운티운영 의료지원프로그램에 대한 적격성 여부를 확인하시기 바랍니다.

Medi-Cal의 자격은 캘리포니아주에 거주하는 중이어야 주어집니다. 지역 카운티 사회복지서비스실로 전화 또는 방문하셔서, Medi-Cal 신청서를 요청하시거나, 인터넷의 **www.dhs.ca.gov/mcs/medi-calhome/MC210.htm**에서 받으시기 바랍니다.

Medi-Cal에 대한 비용을 지불해야 합니까?

귀하에 대한 매월 지급액 또는 소득액에 따라, **Medi-Cal**에 대하여 지불해야 할 수도 있습니다.

- 귀하의 수입이 가족수에 대한 Medi-Cal 한도액보다 적은 경우, Medi-Cal 서비스에 대해 부담할 필요가 없습니다.
- 귀하의 수입이 가족수에 대한 Medi-Cal 한도액보다 많은 경우, 의료 또는 정신건강서비스에 대한 일부 비용을 부담해야 할 것입니다. 지불액은 귀하의 '비용분담액(share of cost)'이라고 부릅니다. 일단 귀하의 '비용분담액'을 지불하신 경우, Medi-Cal에서는 해당 월에 대해 수혜범위 안에 드는 의료청구서의 나머지를 지불하게 됩니다. 의료비용이 발생하지 않은 달에는, 지불하지 않으셔도 됩니다.

- Medi-Cal 하에서 받는 어떤 치료에 대해서나 '가입자분담액(co-payment)'을 지불해야 할 수도 있습니다. 의료 또는 정신건강서비스 또는 처방약 (의약품)을 받을 때마다 $1.00씩, 귀하의 정규 서비스를 위해 병원 응급실로 가는 경우에는, $5.00을 지불해야 할 수도 있습니다.

귀하께서 가입자분담액을 지불해야 하는 경우에는, 서비스제공자가 알려 드릴 것입니다.

발급을 받으신 경우, 의사의 진료를 받으시거나 진료소 또는 병원에 가실 때는 수혜자증명카드 및 건강보험카드를 항상 지참하시기 바랍니다.

정신건강보험의 수혜대상이 아닌 Medi-Cal 서비스는 어떻게 받습니까?

Medi-Cal 서비스를 받는 방법에는 2가지가 있습니다.

1. Medi-Cal 관리의료 건강보험에 가입함으로써,

Medi-Cal관리의료 건강보험의 가입자인 경우:

- 귀하에게 의료서비스가 필요한 경우, 건강보험이 의료서비스제공자를 찾아야 합니다.
- 건강보험, 건강유지기구(HMO) 또는 1차의료 사례관리자을 통해 의료서비스를 받습니다.
- 응급의료서비스가 필요한 경우가 아니면, 건강보험의 의료서비스제공자 및 진료소를 이용하셔야 합니다.
- 가족계획서비스는 건강보험 외의 의료서비스제공자를 이용하여야 합니다.
- 귀하께서 비용분담액을 지불하지 않으신 경우에는, 건강보험에 가입만 할 수 있습니다.

2. Medi-Cal을 받는 개인 의료서비스제공자 또는 진료소로부터,

- **Medi-Cal**을 받는 개인 의료서비스제공자 또는 진료소로부터 의료서비스를 받습니다.
- 귀하께서는 서비스를 받으시기 전에, Medi-Cal의 가입사실을 서비스제공자에게 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우, 받으신 서비스에 대한 청구를 받으실 수 있습니다.
- 개인 의료서비스I제공자 및 진료소는 Medi-Cal 환자들을 받아 진료해야 할 필요는 없으며, 얼마 되지 않는 Medi-Cal 환자들에 한해서만 진료할 수도 있습니다.
- 비용분담액을 가진 사람들은 누구나 (3 페이지의 캘리포니아주 섹션을 확인하시오) 이와 같은 방식으로 의료서비스를 받게 되십니다.

정신건강보험의 수혜대상이 아닌 정신건강서비스가 필요한 경우:

- 그리고 건강보험에 가입하신 경우, 건강보험으로부터 의료서비스를 받으실 수도 있습니다. 건강보험이 제공하지 않는 정신건강서비스가 필요한 경우, 귀하의 건강보험의 1차 의료서비스제공자는 도움이 되어

드릴 수 있는 서비스제공자나 진료소를 찾으시도록 도와 드릴 수 있습니다.

- San Mateo 카운티를 제외하고는, 정신건강보험의 정신과 의사가 처방전을 내린 경우 또는 정규 Medi-Cal 약국에서 처방약제를 처방받는 방법을 알려주는 경우라 할지라도, 건강보험 약국들은 귀하의 정신질환 치료용 처방약제를 제공하게 됩니다. (San Mateo 카운티에서는, 정신건강보험을 통해 귀하의 처방전에 따라 조제받을 수 있습니다.)

- 그리고 건강보험에 들지 않으신 경우, **Medi-Cal**을 받는 개인 의료 서비스제공자 또는 진료소로부터 의료서비스를 받으실 수도 있습니다.) San Mateo 카운티를 제외하고는, MHP의 정신과 의사가 내린 서면처방이라 할지라도, **Medi-Cal**을 받는 어느 약국에서도 귀하의 정신질환을 치료하기 위한 처방약제의 조제가 가능합니다**.** (San Mateo 카운티에서는, 정신건강보험으로 처방전 조제가 하게 됩니다.)
- 정신건강보험으로 귀하를 도움을 드릴 수 있는 의료서비스제공자나 진료소를 찾거나 이들을 찾는 방법에 대해 아이디어를 제공하여 도울 수도 있습니다.

의료 또는 전신건강 진료예약을 받는 데 어려움이 있는 경우에는, **Medi-Cal** 프로그램으로 교통편을 찾아 도와 드릴 수 있습니다.

기본 응급정보

지역 카운티의 보건부서로 연락 또는 웹사이트 **www.dhs.ca/gov.pcfh/cms/chdp/directory.htm**을 방문하셔서, CHDP에 관한 보다 상세한 정보를 얻으시기 바랍니다.

*건강상 또는 정신병적 응급사태인 경우, **9-1-1** 을 부르거나 어느 응급실이든지 가서 도움을*

캘리포니아주 정신건강 주무부서의 웹사이트 **www.dmh.ca.gov**를 방문하셔서, 정신건강서비스에 관한 보다 상세한 정보를 얻을 수 있습니다. 카운티 자격심사담당 직원에게 문의하시거나 웹사이트 **www.dhs.ca.gov/mcs/medi-calhome**을 방문하셔서 Medi-Cal 관련 정보를 보다 상세하게 얻으실 수 있습니다.

응급상황에 처하셨습니까?

건강상 응급사태에는 매우 심각한 증상이 있어 **(**심각한 통증을 동반하는 경우도 있을 수 있음**),** 일반적인 사람들은 언제라도 다음과 같은 사항들이 발생할 수 있다는 것을 예측할 수 있습니다**:**

- 개인건강(또는, 임산부에 관해서는 산모 또는 태아의 건강)이 중대한 문제에 빠질 수 있습니다.
- 신체기능의 중대한 문제.
- 어떤 기관 또는 부분의 중대한 문제.

응급 정신과 증상은 평균적인 일반 사람이 어떤 사람을 다음과 같이 판단하는 경우에 발생합니다**:**

- 정신병과 같아 보이는 증세로 인해, 본인에게 또는 타인에게 현재 존재하는 위험인 경우.
- 정신질환의 인해 곧바로 음식을 제공하거나 먹을 수 없는 경우, 또는 의복이나 주거지를 사용할 수 없는 경우.

Medi-Cal 프로그램으로는 증세가 의료 또는 정신병적이든 (정서적 또는 정신적) 응급증상을 취급하게 됩니다. Medi-Cal에 가입하신 경우, 응급상황이 아닌 경우로 판명이 되더라도, 응급실 이용에 대한 비용청구서는 받지 않을 것입니다.

실제 증상이 응급상태인지 아닌지 불확실한 경우, 또는 의료나 정신병적인지 불분명한 경우에도, 역시 응급실로 가셔서 자격있는 의학전문가로 하여금 필요사항에 대한 결정을 내리도록 합니다. 응급실 전문가가 정신병적 응급상황이라고 결정하는 경우, 정신건강 전문가로부터 즉각적인 도움을 받기 위해 병원으로 갈 것이 허용될 것입니다. 필요한 유형의 서비스가 있지 않은 경우에는, 병원에서는 서비스가 있는 병원을 찾게 됩니다.

입원하지 않는 방법으로 귀하의 카운티 MHP로부터 받는 서비스에 의한 정신건강위기를 통해 도움을 받을 수도 있습니다. 도움은 필요하나 입원할 필요까지는 느끼지 않는 경우, 카운티의 MHP 무료전화번호로 연락하여 도움을 요청하시기 바랍니다.

어떤 종류의 응급관련 서비스가 제공됩니까?

응급서비스는 귀하께서 병원에 입원하시거나 유자격 의료서비스제공자들(의사, 정신과의사, 심리학자 또는 기타 정신건강 의료서비스제공자)이 병원 응급실에서 제공한 외래환자서비스를 이용하시는 경우, Medi-Cal 에서 지불합니다 (야간체류는 불포함). 그들은 응급시에 누군가를 평가하고 안정화시켜야 합니다.

귀하의 카운티 정신건강보험(MHP)에서는 카운티에서 응급서비스가 어떻게 이루어지는지에 대한 구체적인 정보를 제공해야 합니다. 다음과 같은 주 및 연방법규가 MHP에서 제공하는 응급서비스에 적용됩니다:

- 병원에서는 MHP (때로는 "사전 인가")로부터의 사전 승인을 얻을 필요가 없거나, 병원에서 제공하는 응급서비스에 대한 비용을 지불하기 위해 귀하의 MHP와 계약을 맺습니다.
- MHP에서는 응급서비스를 받는 방법에 대하여 알려드려야 하며, 여기에는 9-1-1의 이용도 포함합니다.
- MHP에서는 의료서비스제공자와 병원에서 응급서비스와 사후 안정화 서비스를 제공하는 장소의 위치를 알려 드려야 합니다.
- 정신병적 응급상황이라면, 응급치료를 위해 병원으로 가셔도 좋습니다.
- 긴급한 증세를 치료하기 위한 정신건강전문서비스는 연중무휴로 하루 24시간 이용이 가능합니다. (긴급한 증세란 아주 신속하게 도움을 받지 않으면 응급상태에 빠질 정신건강위기를 의미합니다.)
- 강제로 확보하지 않고 적절하게 서비스를 받을 수 있는 경우, 이와 같이 자원하여 MHP를 통한 입원서비스를 받으실 수 있습니다. 정신병을 위해 병원에 대한 자의적이며 강제적인 허용범위를 정하고 있는 주법은 주 또는 연방 Medi-Cal 법규의 일부는 아니지만, 이에 대해 아는 것은 중요한 사항일 수 있습니다:
  1. 자발적 허용**:** 이것은 병원에 입원/또는 체류하기 위해 허락함을 의미합니다.
  2. 강제적 허용**:** 이것은 병원이 귀하의 허락없이 72시간 동안까지 병원에 머물게 하는 것을 의미합니다. 병원에서는 판단하기를 귀하께서 자신이나 타인에게 해가 될 가능성이 있거나, 또는 귀하의 의식주 필요사항을 돌볼 수 없을 때, 이렇게 할 수

귀하의 카운티 정신건강보험 ***(MHP)*** *에서는* ***MHP*** *제공자 목록이나 수혜범위 이내에서 받은 사후 안정화 의료서비스에 대한 비용을 지불해야 합니다. 귀하의* ***MHP*** *는* ***MHP*** *제공자 또는 기타* ***MHP*** *담당자가 사전승인한 경우,* *이와 같은 서비스의*

있습니다. 병원에서는 귀하에게 처리할 사항과 귀하의 권한사항을 서면으로 알려 드릴 것입니다. 귀하를 치료하는 의사들은 72시간 이상 머물러야 한다고 판단하는 경우, 귀하에게는 판결에 앞서 변호사와 청문회를 가질 권한이 있으며, 병원측에서는 이에 대하여 요청하는 법을 알려 드리게 되어 있습니다.

*사후 안정화 치료서비스*는 응급상황 이후에 필요한 수혜서비스입니다. 이와 같은 서비스는 응급상황이 끝난 이후에 지속적으로 개선하기 위해 또는 증상을 해결하기 위해 제공합니다.

귀하의 **MHP**는 다음과 같은 경우, 안정화된 증상의 유지, 개선, 또는 해소하기 위하여 재정상 사후 안정화 치료서비스에 대한 책임을 담당 (서비스 비용을 지불할 것)합니다:

- MHP는 1시간 이내에 사전 승인을 받기 위해 서비스제공자로부터의 요청에 대한 응답하지 않습니다
- MHP는 서비스제공자가 연락할 수 없습니다
- MHP 담당직원과 치료담당 의사는 귀하의 진료에 관해 계약을 체결할 수 없으며, MHP 의사는 상담을 해드릴 수 없습니다. 이 상황에 있어서, MHP는 치료담당 의사에게 MHP 의사와 상담할 수 있도록 기회를 부여해야 합니다. 치료담당 의사는 사후 안정화 치료를 종결시키려는 증상 가운데 하나가 해소되기까지는 환자의 진료를 계속할 수 있습니다. MHP는 귀하께서 후속 안정화 치료를 위한 추가비용을 더 부담하지 않도록 해야만 합니다.

사후 안정화 치료에 대한 본인의 카운티 MHP의 부담은 언제 끝납니까?

귀하의 카운티 **MHP**는 다음과 같은 경우, 사전 승인을 받지 않은 사후 안정화 치료서비스에 대한 비용청구를 받지 않습니다.

- 치료중인 병원의 기본 권리를 가진 MHP 의사는 귀하의 진료에 대한 책임을 집니다.
- MHP 의사는 이체를 통해 귀하의 진료에 대한 책임을 집니다.
- MHP 담당자 및 치료담당 의사는 귀하의 치료에 관한 계약을 체결합니다 (MHP 및 의사는 귀하께서 필요한 계약사항을 따라야 할 것입니다).
- 귀하가 퇴원합니다 (의사나 기타 의료서비스제공자에 의해 시설을 나와 가정으로 퇴원시킵니다).

성인 및 노인

도움이 필요할 경우를 어떻게 알 수 있습니까?

많은 사람들이 인생을 사는 동안 어려운 시기를 지내고 있으며, 또한 정신건강문제를 겪을 수도 있습니다. 반면에, 주된 정신 및 정서장애는 드물다고 여기는 분들이 많이 계시지만, 사실은 5명에 1명 꼴로 인생의 어느 시점에 정신(정신병적)장애가 있게 됩니다. 기타 수많은 질병과 마찬가지로, 정신질환은 여러가지 원인에 의해 발생합니다.

본인 자신에게 전문가의 도움이 필요한지를 자문할 때, 염두에 두어야 할 가장 중요한 점은 자신의 감정을 신뢰하는 것입니다. Medi-Cal에 대한 수혜자격이 되고 전문가의 도움이 필요할 수 있다고 생각하시는 경우라면, 확실히 알기 위하여 카운티의 MHP로부터 심사를 요청을 하셔야 합니다.

도움이 필요할 수 있다는 징후는 무엇입니까?

만일 다음 가운데 하나 또는 그 이상에서 '예'라고 답할 수 있는 경우이며, 이들 증상들이 수주간을 지속하고 있는 경우이며, 매일처럼 기능을 발휘하는 귀하의 능력을 심각하게 방해하는 경우이며, 증상들이 알코올이나 마약의 남용에 관련되지 않은 경우입니다. 이들 사례와 같은 경우에는, 카운티의 정신건강보험 (MHP)으로 연락을 취해 보실 것을 고려하셔야 합니다.

MHP의 전문가는 MHP의 정신건강전문서비스가 필요한지 여부를 판정하게 됩니다. 만일 전문가들의 판정이 정신건강전문서비스는 불필요하다는 것으로 나오는 경우라 할지라도, 일반 의사 또는 1차 의료서비스제공자의 치료를 계속해서 받으실 수 있거나, 또는 그 판정에 대한 재심 청구가 가능합니다 (23 페이지를 확인하십시오).

다음과 같은 느낌 가운데 몇 가지가 있으신 경우에는, 도움이 필요할 수 있습니다:

- 거의 매일처럼, 거의 온종일 우울증이 있음 (또는 절망감 또는 무력감 또는 무가치함 또는 매우 의기소침해짐)
- 즐거운 활동에도 흥미를 잃음
- 1개월에 5% 이상의 체중감소 또는 증가
- 과도한 수면 또는 수면부족
- 활발하지 못하거나 과도한 신체활동

열거된 몇 가지 신호를 느끼시고 몇 주간 지속하였다면, 전문가에게 진단을 요청할 수 있습니다. 확실하지 않은 경우에는, 가정의 또는 기타 의료서비스제공자의 의견청취를 하셔야 합니다, .

- 거의 매일 계속되는 피로감
- 허무감 또는 과도한 죄책감
- 사고활동 또는 집중 또는 결정내리기의 어려움
- 수면욕구의 감소 – 적은 시간의 수면 후에도 '휴식을 취한' 느낌
- 따라잡기에 너무 빠른 '자동차 경주식' 사고활동
- 너무 빨리 말하기와 끊임없이 말하기
- 다들 '나만 괴롭힌다'는 망상적 느낌
- 남들은 듣지 못하는 음성과 소리가 들림
- 남들은 보지 않는 헛것이 보임
- 직장생활이나 학교생활이 불가능함
- 개인위생 (청결유지)에 관해 무관심함
- 심각한 관계문제가 있음
- 타인과의 단절 또는 절연
- '아무 이유없이' 자주 울기
- 자주 화를 내고 '아무 이유없이' '분노 폭발'
- 감정의 기복이 심함
- 대부분의 시간을 불안해하거나 걱정함
- 타인들이 이상하다거나 별나다고 하는 행동을 함

어떤 서비스가 이용가능합니까?

Medi-Cal의 성인 가입자이시면, MHP의 정신건강전문서비스를 받으실 자격이 되십니다. 이와 같은 서비스가 필요할 경우, 판정에 도움을 드리기 위해 귀하의 MHP가 있어야 합니다. 필요할 경우, 이용이 가능해지기 위해서 카운티의 MHP가 필요한 몇몇 서비스에는 다음과 같은 사항들이 포함되어 있습니다.

정신건강서비스 – 이들 서비스에는 정신과 의사, 심리학자, 공인 임상 사회복지사, 결혼 및 가족요법 치료사 및 정신병과 간호사들이 제공하는 상담 및 심리요법과 같은 정신건강 치료서비스가 들어 있습니다.
정신건강서비스는 또한 재활 또는 회복서비스로 부를 수 있으며, 정신질환이 있는 사람들을 도와 일상생활의 대처기술을 개발하도록 하는 것입니다.
정신건강서비스는 진료소나 의료서비스제공자 진료사무실, 전화상으로, 또는 가정에서나 기타 커뮤니티 환경에서 제공할 수 있습니다.

- 이들 서비스는 때에 따라 1회에 1인씩 제공하거나 (개인요법 또는 재활), 동시에 2인 또는 그 이상의 사람들 (단체요법 또는 단체재활서비스), 그리고 가족들에게 (가족요법) 제공할 수 있습니다.

약물지원서비스 – 이 서비스에는 정신과 약물의 처방, 투약, 분배 및 감시, 정신과 의사의 약물관리, 그리고 정신과 약물관련 교육 및 감시가 포함되어 있습니다. 약물지원서비스는 진료소나 의료서비스제공자 진료사무실, 전화상으로, 또는 가정에서나 기타 커뮤니티 환경에서 제공할 수 있습니다.

목표사례관리 – 이 서비스는 이들 서비스가 정신질환을 가진 사람들이 스스로 실행하기에는 어려울 수 있는 경우, 의학적, 교육적, 사회적, 직업전, 직업상, 재활, 또는 기타 커뮤니티서비스를 통해 지원합니다.
목표사례관리에는 계획개발, 의사소통, 조정, 및 의뢰, 사람들이 서비스와 서비스 제공시스템의 이용을 보장하는 감시서비스의 제공, 그리고 사람들의 진행과정의 감시 등이 포함되어 있습니다.

위기개입 및 위기안정화 – 이들 서비스는 정규, 일정예약을 기다릴 수 없는 경우의 정신건강문제를 안고 있는 사람들에 대한 정신건강치료를 실시합니다. 위기개입은 8시간까지 지속할 수 있으며, 진료소나 의료서비스제공자의 진료사무실, 전화상으로, 또는 가정에서나 기타 커뮤니티 환경에서 제공할 수 있습니다. 위기안정화는 20시간까지 지속할 수 있으며, 진료소 또는 기타 시설장소에서 제공할 수 있습니다.

성인거주지치료서비스 – 이들 서비스에서는 정신질환을 가지고 있는 사람들에 대하여 거주지서비스를 제공하는 공인시설에 거주중인 사람들을 위한 정신건강치료를 제공하고 있습니다. 여기에는 연중무휴, 1일 24시간 이용할 수 있는 서비스가 있습니다. Medi-Cal에서는 성인 거주지 치료서비스를 제공하는 시설에서 발생하는 방세와 식사비용은 부담하지 않습니다.

위기거주지치료서비스 – 이들 서비스에서는 심각한 정신병적 에피소드나 위기가 있으나, 간호치료를 필요로 하는 의학적 합병증 요구하는 사람들에 대하여 정신건강치료를 제공합니다. 서비스는 연중무휴, 하루 24시간 거주지 위기서비스를 정신질환자들에게 제공하는 공인시설에서 이용이 가능합니다. Medi-Cal 에서는 성인 거주지 치료서비스를 제공하는 시설에서 발생하는 방세와 식사비용은 부담하지 않습니다.

주간집중치료 – 이는 달리 병원에 입원하거나 24시간을 더 보호시설에 두어야 할 수도 있는 사람들에게 단체로 제공하는 구조화된 정신건강치료 프로그램입니다. 프로그램은 하루 최소 3시간 동안 계속됩니다. 야간에는 자택으로 돌아갈 수도 있습니다. 이 프로그램에는 기술구축활동 (생활기술, 타인들과의 교제, 등) 및 심리치료법뿐만 아니라 여러 치료법 (미술, 레크리에이션, 음악, 춤, 등)이 포함됩니다.

*각 카운티의 **MHP** 에서는 약간 다른 방식으로 서비스를 가용하게 하므로, 보다 상세한 정보를 원하시면 본 책자의 앞 섹션을 참고하시거나, **MHP** 의 무료 전화번호로 연락하여 추가정보를 요청하시기 바랍니다.*

주간 재활 – 이는 독립성과 기능성의 향상, 유지 또는 회복을 위한 정신건강치료법의 구조화된 프로그램입니다. 본 프로그램은 정신질환자들을 도와 기술습득 및 개발을 위해 설계한 것입니다. 프로그램은 최소한 1일 3시간을 지속합니다. 야간에는 가정으로 돌아갑니다. 이 프로그램에는 기술구축활동 (생활기술, 타인들과의 교제, 등) 및 여러 치료법 (미술, 레크리에이션, 음악, 춤, 등)이 포함됩니다.

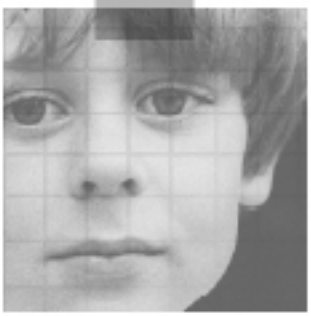
정신과 입원환자 병원서비스 – 정신과 응급상황이나 병원에서 주어질 수 밖에 없는 정신건강치료가 필요하기 때문에, 환자가 야간에 머무는 병원에서 제공하는 서비스입니다.

정신과 건강시설서비스 – 이들 서비스는 정신과 응급상황이나 병원에서 주어질 수 밖에 없는 정신건강치료가 필요하기 때문에, 환자가 야간에 머무는 곳에서 병원과 유사한 환경으로 제공합니다. 정신과 건강시설에는 시설에 수용되는 환자들의 신체건강관리상 필요사항을 충족시키기 위해 인근의 병원 또는 진료소에 예약을 해야 합니다.

이 서비스에는 또한 의료서비스제공자가 서비스를 받는 환자를 위해 서비스가 보다 잘 진행되도록 하는 일을 포함하고 있습니다. 이와 같은 사항에는 본 서비스의 필요여부와 서비스가 제대로 이루어지고 있는지, 환자의 정신건강치료 및 제공될 특정 서비스의 목표를 결정하기 위한 계획개발, 환자를 도와 본인의 정신건강상태를 개선 또는 유지시키는 경우, 가족구성원들과 환자의 생활 가운데 중요한 인물들과 (환자의 허락이 있는 경우) 더불어 공동노력을 의미하는 “나란히 진행하는 부대적”인가 하는 여부를 확인하는 심사작업이 포함되어 있습니다.

아동, 미성년자 및 청년

어린이가 도움이 필요한지를 어떻게 압니까?



신생아부터 5세까지의 어린이들에게는, 정신건강 전문서비스를 받아야 할 필요가 있을 수 있다는 징후가 있습니다. 여기에는 다음과 같은 사항들이 포함됩니다:

- 부모라는 부담감으로 압도되어 있거나 또는 정신건강문제를 안고 있는 부모
- 가족의 이혼 또는 사망과 같은 가정내에 있는 스트레스의 주요 원인
- 가정내의 구성원이 하는 알코올 또는 마약의 남용행위
- 어린이의 비정상적이거나 까다로운 행위
- 가정폭력 또는 붕괴

5세까지의 어린이가 살고 있는 가정내에서 위의 증상 가운데 하나라도 나타나는 경우에는, 정신건강 전문서비스가 필요할 수 있습니다. MHP가 귀하에게 도움이 될 수 있는지를 확인하기 위해, 서비스에 대한 추가정보와 심사를 신청하도록 카운티의 MHP로 연락하여야 합니다.

학령에 도달한 어린이에게는, 다음 점검목록에 귀하의 자녀가 정신건강서비스로부터 혜택을 얻을 수 있을지를 판정하는 데 도움이 될 몇 가지 징후가 들어 있습니다. 귀하의 자녀는,

- 정서상 또는 행동상 비정상적인 변화를 보임
- 친구가 없거나 다른 아이와 사이좋게 지내는 데 어려움이 있음
- 학교생활이 부진하거나, 학교수업을 자주 빼먹으며, 또는 학교에 가지 않으려고 함
- 사소한 질병이나 사고가 빈번함
- 두려움이 매우 큼
- 매우 공격적임
- 부모에게서 떨어져 있지 않으려고 함
- 수면을 방해하는 꿈이 많음
- 쉽게 잠에 들지 못하고, 밤에 잘 깨며, 또는 부모와 함께 자려고 고집함
- 갑자기 특정 가족 또는 친구와 함께 고립되어 있기를 거부하거나 가족이나 친구가 있으면 매우 불안하게 행동함
- 부적절한 방식으로 애정을 표시하거나 비정상적인 성적 제스쳐 또는 견해를 밝힘
- 돌연히 소극적이 되거나 화를 냄

- 먹기를 거부함
- 울기를 자주함

귀하의 자녀가 이상의 징후들 가운데 어느 것이라도 보이고 있다고 판단하는 경우, 자녀의 심사를 위해 카운티의 MHP로 연락하실 수 있습니다. 귀하의 자녀가 Medi-Cal의 수혜자격이 되고, MHP의 심사를 통해 MHP에서 부담하는 정신건강 전문서비스가 필요한 것으로 판명이 나면, MHP에서는 자녀가 서비스를 받을 수 있도록 준비를 하게 됩니다.

미성년자나 청년이 도움이 필요한지 때는 어떻게 알 수 있습니까?

미성년자(12-18세)는 10대에 부딪히는 여러가지 압력을 받고 있습니다. 18세부터 21세까지의 청년들은 독특한 압력을 받고 있으며, 성인으로서 서비스를 찾을 수 있는 법적으로는 성인인 과도기적인 나이입니다.

미성년자 또는 청년의 몇 가지 비정상적인 행위는 성인이 되어 가며 발생하는 신체적이며 심리적인 변화와 관련될 수 있습니다. 청년 성인들은 자기정체감을 확립해가며 부모에게 의존형에서 독립형으로 변화하고 있습니다. 부모나 관심있는 친구, 또는 청년이 '정상 행동'이 무엇인지와 무엇이 전문가의 도움이 필요한 정서적 또는 정시적 문제의 징후인지를 판정하는 데 어려움을 겪을 수 있습니다.

어떤 정신질환은 12세와 21세 사이의 연령에 시작할 수 있습니다. 아래의 점검목록은 미성년자가 도움이 필요한지를 판정하는 데 도움이 되어야 합니다. 한 가지 이상의 징후가 있거나 장기간에 걸쳐 지속하면, 전문가의 도움이 필요한 보다 심각한 문제를 가리킬 수 있습니다. 만일 미성년자가 다음과 같다면:

- 평소의 가족, 친구 및/또는 정상 활동을 삼가함
- 학업에서 이유없이 저조함
- 외모를 무시함
- 체중에 눈에 띄는 변화가 보임
- 가출함
- 폭력적이거나 매우 반항적인 행동을 함
- 뚜렷한 질병없이 신체적인 증상이 있음
- 마약 또는 알코올의 남용

18 세부터 21 세까지의 청년들은 정신건강서비스가 필요한지 여부의 결정을 돕기 위해 우측의 목록과 ***11, 12*** *페이지 및* ***13*** *페이지의 성인용 문제목록을 살펴 보아야 합니다.*

미성년자의 부모 또는 보육사 또는 미성년자가 정신건강서비스가 필요한지를 확인하기 위해 카운티의 MHP에 연락해도 됩니다. 성인으로서, 청년(18세로부터 20세까지)은 MHP에 심사를 요청할 수 있습니다. 미성년자 또는 청년은 Medi-Cal의 수혜자격이 됨과 동시에, MHP의 심사에서는 MHP가 부담하는 정신건강전문서비스의 필요성을 제기하며, MHP에서는 미성년자나 청년이 서비스를 받도록 조처하게 됩니다.

어떤 서비스가 이용가능합니까?

성인이 이용가능한 동일한 서비스는 또한 아동, 미성년자 및 청년들에게도 이용가능합니다. 이용가능한 서비스는 정신건강서비스, 약물지원서비스, 목표사례관리, 위기개입, 위기안정화, 주간집중치료, 주간재활, 성인주거지치료서비스, 위기주거지치료서비스, 정신과 입원환자 병원서비스, 및 정신과 건강시설서비스가 됩니다. MHP는 또한 어린이, 미성년자 및 21세 미만의 청년이며, 전범위 Medi-Cal에 대해 자격이 되는 이들에게 이용가능한 추가적인 특별서비스도 부담합니다. (전범위 Medi-Cal란 예를 들어, 응급서비스로 제한되는 것과 같은 특정 서비스의 형태에 구함하지 않는 Medi-Cal 수혜범위를 의미합니다)

각 카운티의 MHP는 약간 다른 방식으로 이들 서비스를 이용하도록 할 수 있으므로, 본 책자의 앞 섹션의 상담을 통해 보다 상세한 정보를 얻으시거나, MHP의 무료전화번호로 연락하셔서 추가정보를 요청하시기 바랍니다.

아동, 미성년자 및 청년 성인에게 이용가능한 특별서비스가 있습니까?

아동, 미성년자 및 청년을 위하여 MHP에서 이용가능한 조기 및 정기심사, 진단 및 치료 (EPSDT) 정신건강 전문보충서비스라고 부르는 특별서비스가 있습니다. 이들 EPSDT 서비스에는 행동치료서비스 또는 TBS라고 하는 서비스를 포함하고, 다음 섹션에서 설명하며, 또한 정신건강 치료법 가운데 전문가의 확인에 따라 실제로 효과를 발휘하는 새로운 서비스를 포함하고 있습니다. 이와 같은 서비스를 통해 전범위 Medi-Cal의 자격이 되며 MHP의 수혜대상인 정신질환자인 21세 미만의 환자들을 위해 정신건강의 치료 또는 개선(향상)이 이루어져야 하는 경우, MHP에서 이용할 수 있습니다 (10 페이지를 확인하셔서, MHP의 수혜대상인 정신건강관련 정보를 얻으시기 바랍니다).

MHP가 부담하는 정규 서비스의 하나가 이용가능하고 아동, 미성년자, 또는 청년의 필요사항을 충족시킬 것으로 MHP가 판정하는 경우, MHP에는 이와 같은 특별서비스를 요청하지 않습니다. MHP가 특별서비스를 가정이나 커뮤니티환경에서 제공하는 총비용이 유사한 서비스를 다른 적절한 의료기관 수준의 의료서비스를 제공하는 총비용보다 큰 경우, MHP에서는 또한 가정이나 커뮤니티환경에서 이와 같은 특별서비스의 제공을 요구하지 않습니다.

행동치료서비스 (TBS)란 무엇입니까?

TBS는 심각한 정서문제가 있는 경우**,** 각 카운티의 **MHP**를 통한 정신건강 전문서비스의 한 형태입니다**.** 귀하께서는 **21**세 미만이어야 하며**, TBS**를 받기 위해서는 전범위 **Medi-Cal**이 있어야 합니다**.**

- 귀하께서 가정에 거주하는 경우, TBS담당 직원은 귀하와 일대일 작업을 통해 중대한 행동문제를 줄여서 심각한 정서장애가 있는 아동, 미성년자 및 청년과 같은 그룹홈과 같이 보다 높은 수준의 의료서비스가 불필요하시도록 노력하게 됩니다.
- 심각한 정서장애가 있는 아동, 미성년자 및 청년과 같은 그룹홈에서 거주하는 경우, TBS담당 직원이 귀하와 공동노력을 기울임으로써 양육시설이나 가정과 같은 보다 낮은 수준의 의료서비스로 움직일 수 있게 될 것입니다. TBS에서는 귀하와 가족, 보육사 또는 후견인을 도와 귀하의 성공이 가능케 할 새로운 장애행동의 통제방법과 행동의 형태를 늘이는 방법을 익히도록 합니다. 귀하, TBS담당 직원, 그리고 가족, 보육사 또는 후견인은 더 이상 TBS가 필요하지 않을 때까지 단기간 동안에 매우 집중적으로 함께 일할게 됩니다. 귀하, 가족, 보육사 또는 후견인, 그리고 TBS담당 직원이 TBS기간 동안에 하게 될 일과 TBS가 언제 어디서 있을 것인지를 설명하는 TBS계획을 가지게 됩니다. TBS담당 직원은 귀하께서 본인의 장애행동으로 도움이 필요한 곳 대부분의 장소에서 공동노력을 기울이게 됩니다. 여기에는 귀하의 가정, 양육시설, 그룹홈, 학교, 주간치료프로그램 및 커뮤니티의 분야가 포함됩니다.

TBS는 누가 받을 수 있습니까?

귀하께서는 전범위 **Medi-Cal**이 있고**, 21**세 미만이며**,** 심각한 정서장애가 있는 경우와 동시에 다음과 같은 상황인 경우**, TBS**를 받으실 수 있습니다**:**

- 심각한 정서장애가 있어 아동, 미성년자 및 청년용 그룹홈에서 사는 경우. [이들 그룹홈은 때로 등급분류수준 (RCL) 12, 13 또는 14 그룹홈], 또는
- 정신건강치료 또는 정신건강재활센터 (이와 같은 장소들은 정신질환시설 또는 IMD라고 함)을 전문으로 하는 주립정신건강병원, 간호시설에 거주하는 경우, 또는

- 그룹홈 (RCL 12, 13 또는 14), 정신건강병원 또는 IMD에 살아야 하는 위험에 처한 경우; 또는
- 긴급 정신건강장애로 최근 2년 동안에 입원한 경험이 있는 경우.

TBS를 받기 위해 있어야 할 다른 것들이 있습니까?

예. 기타 정신건강 전문서비스들을 받고 계셔야 합니다. TBS는 기타 정신건강 전문서비스에 추가됩니다. 이들 서비스를 대신하지 않습니다. TBS는 단기적이며, 기타 정신건강 전문서비스들은 TBS가 끝난 후, 장애가 재발하거나 더 악화되지 않도록 하기 위해 필요할 수도 있습니다.

TBS는 필요한 이유로서 다음과 같을 때**,** 제공되지 않습니다**:**

- 보호관찰에 관한 법정명령을 따르도록 도울 경우에 한하여
- 귀하의 신체안전 또는 타인들의 안전을 보장하기 위한 경우에 한하여
- 가족, 보육사, 후견인 또는 교사의 일을 보다 용이하게 하기 위한 경우에 한하여
- 귀하의 정신건강장애의 일부가 아닌 행동을 돕기 위한 경우에 한하여

귀하께서 정신건강병원, IMD, 또는 소년원과 같은 소년비행방지 감호환경에 수용되어 있는 기간에는 TBS를 받을 수 없습니다. 정신건강병원 또는 IMD에 수용되어 있는 경우라고 할지라도, TBS가 하위 수준의 보호서비스 (가정, 양육시설 또는 그룹홈)에 머물도록 돕기 위해 기타 정신건강 전문서비스에 추가될 수 있으므로 정신병원 또는 IMD로부터 이르게 나올 수 있습니다.

TBS는 어떻게 받을 수 있습니까?

귀하께서 TBS가 필요할 수 있다고 생각하시고, 이미 하나를 받고 계시면, 정신과 의사, 치료사 또는 사례관리자에게 문의하시거나 MHP에 연락하셔서 서비스를 신청하십시오. 가족, 보육사, 후견인, 의사, 심리사, 상담사 또는 사회복지사가 전화로 TBS나 기타 정신건강 전문서비스에 관한 정보를 요구할 수 있습니다. 귀하는 MHP에 전화로 TBS에 관한 문의가 가능합니다.

TBS의 필요성은 누가 결정하며, 어디서 받을 수 있습니까?

MHP는 TBS를 비롯하여 귀하의 정신건강 전문서비스의 필요성 여부를 결정합니다. MHP담당 직원은 항상 귀하, 가족, 보육사 또는 후견인, 그리고 살아가는 가운데 중요한 다른 이들과 귀하께서 필요한 모든 정신건강 전문서비스에 관한 상의와 계획을, TBS가 필요하면 TBS계획을 비롯하여 세우게 됩니다. 이것은 1회 또는 2회를 대면하여 만날 수 있으며, 때로는 더 만날 수도 있습니다. 귀하께서 TBS가 필요한 경우, 누군가는 귀하의 TBS담당 직원으로 배정될 것입니다.

나의 TBS 계획에는 무엇이 들어가야 합니까?

귀하의 TBS 계획에는 변화가 필요한 장애행동과 TBS가 있을 때 TBS담당 직원, 귀하 및 때로 귀하의 가족, 보육사 또는 후견인이 할 일을 명확히 밝히게 됩니다. TBS 계획은 하루에 몇 시간과 1주일에 며칠간 TBS담당 직원이 귀하와 가족, 보육사 또는 후견인과 함께 일할 것이지 알려드릴 것입니다. TBS 계획에 들어 있는 시간은 주간, 이른 아침, 저녁 또는 야간이 될 수 있습니다. TBS 계획의 일자는 주중뿐만 아니라 주말이 될 수 있습니다. TBS 계획에서는 귀하께서 TBS를 얼마 동안 받을 것인지를 나타냅니다. TBS 계획은 정기적으로 검토하게 됩니다. 검토를 통해 귀하에게 진전은 있으나, 시간이 더 필요한 경우, TBS는 더욱 오랜 기간 동안 지속할 수 있습니다.

‘의학적 필요성’ 기준

‘의학적 필요성’이란 무엇이며, 왜 그렇게 중요합니까?

귀하의 카운티 MHP를 통해 정신건강 전문서비스를 받을 필요가 있는 조건 가운데 하나는, ‘의학적 필요성’이라고 부르는 것입니다. 이것은 서비스에 대한 의학적 필요성이 있는지와 서비스를 받을 경우, 귀하께서 서비스로 인해 도움이 될 수 있는지의 여부를 의사나 기타 정신건강 전문가가 결정하기 위해 귀하와 상의하는 것을 의미합니다.

‘의학적 필요성’ 용어는 귀하께서 어떤 종류의 서비스와 어떻게 받을 수 있는지를 결정하는 데 도움이 되므로 중요합니다. ‘의학적 필요성’의 결정은 정신건강 전문서비스를 받는 과정의 매우 중요한 부분입니다.

병원서비스를 제외하고, 정신건강 전문서비스의 수혜범위에 대한 의학적 필요성’ 기준은 무엇입니까?

정신건강 전문서비스에 대한 필요성을 결정하는 일환으로, 귀하의 카운티 MHP는 위에 설명한 바와 같이, 서비스가 ‘의학적 필요성’인지 여부를 결정하기 위해 귀하와 귀하의 서비스제공자와 함께 일하게 됩니다. 이 섹션에서는 귀하의 MHP가 어떻게 그 결정을 내리게 되는지를 나와 있습니다.

귀하께서는 도움을 요청하기 위해, 진단을 받거나 특정 정신질환이 있는지 알 필요는 없습니다. 귀하의 카운티 MHP는 귀하께서 ‘심사’와 함께 이 정보를 얻도록 도움이 될 것입니다. 귀하의 서비스가 ‘의학적 필요성’이며 MHP가 부담하는 수혜범위에 대한 자격이 되는 경우, 귀하의 MHP에서 찾는 네 가지의 조건이 있습니다:

(1) 귀하는 미국정신의학회가 출간한 진단 및 통계요람 제**4**판에 설명한 바와 같이**,** 다음 정신질환들 가운데 하나로 인해 **MHP**의 진단을 받으셔야 합니다**:**

- 자폐증을 제외한 전반적 발달 장애
- 파괴적 행동장애 및 주의력결핍 장애
- 유아기 또는 초기 아동기 섭식 장애
- 배설 장애
- 유아기, 아동기, 또는 사춘기의 기타 장애
- 정신분열증 및 기타 정신증적 장애
- 기분 장애
- 불안 장애

***MHP** 로부터 정신건강 전문서비스가 필요한지를 확인하기 위하여 심사를 요청하는 귀하의 진단은 알 필요가 없습니다.*

- 신체형 장애
- 인위적 장애
- 해리성 장애
- 성도착증
- 성인식 장애
- 섭식 장애
- 비분류성 충동조절 장애
- 적응 장애
- 반사회적 인격 장애
- 기타 포함된 진단관련 약물유발성 운동 장애

그리고

(2) 진단결과로서 다음 문제 가운데 최소한 하나는 가지고 있어야 합니다**:**

- 생활기능성의 중요한 부분에 있는 심각한 어려움
- 생활기능성의 중요한 부분에 있는 심각한 악화가능성
- 21세 미만의 사람들에 대한 섹션에서 제공하는 바를 제외하고, 어린이가 개인적으로 적절한 발달을 보이지 않을 가능성

*이와 같은 기준에 부합하지 않는다고 하여, 도움을 받을 수 없음을 뜻하지는 않습니다. 귀하의 일반 의사, 또는 표준 **Medi-Cal** 프로그램을 통해서도 도움은 가능할 수 있습니다.*

그리고

(3) 제안받은 치료법이 가져 올 것으로 기대하는 바는**:**

- 문제를 현저히 감소시킵니다
- 생활기능성의 중요한 부분에서 현저한 악화를 방지합니다
- 개인적으로 적절한 발달을 이루도록 합니다

그리고

(4) 증세가 치료에 기초한 신체건강관리에 반응적이지 않을 것입니다**.**

이 '의학적 필요성' 섹션의 요구사항이 충족되면, MHP로부터 정신건강 전문서비스를 받을 자격이 됩니다.

21세 미만의 환자용으로 정신건강 전문서비스 부담에 대한 '의학적 필요성' 기준은 무엇입니까?

귀하께서 21세 미만인 경우, 전범위 Medi-Cal 및 위의 (2) 및 (3)의 기준을 충족시키지 않으나 위의 (1)에 나오는 진단 가운데 하나가 있어야 하며, MHP는 정신건강치료가 귀하의 정신건강을 치료 또는 개선(향상)시키면 귀하와 서비스제공자와 함께 노력하여 결정해야 할 것입니다. MHP에 의한 서비스가 귀하의 정신건강을 치료 또는 개선시킬 경우, MHP에서 서비스를 제공할 것입니다.

무엇이 정신과 입원환자 병원서비스의 반제에 대한 '의학적 필요성' 기준입니까?

MHP에서 귀하께서 정신건강치료를 위해 병원에서 1박을 해야 할지를 결정하는 한 가지 방법은 '의학적 필요성'이 귀하의 치료에 대하여 어떠한가에 달려 있다. 위에 설명한 바와 같이 의학적으로 필요한 경우에는, 귀하의 MHP에서 귀하의 병원체류비용을 지불할 것입니다. 이와 같은 판정을 돕기 위해 심사가 이루어질 것입니다.

귀하와 MHP 또는 귀하의 MHP 서비스제공자가 병원입원비를 지불하면, MHP에서는 입원하시기 전에 의학적 필요성에 관하여 결정을 내리게 됩니다. 보다 빈번한 경우로는, 사람들은 응급시에 입원을 하며, MHP 및 병원에서는 의학적 필요성에 관한 결정을 내리기 위해 함께 처리합니다. 응급시에 병원입원을 하는 경우 (응급사태의 비용부담방식에 대해 보다 상세한 정보를 원하시면, 캘리포니아주 섹션 6페이지를 확인하시기 바랍니다), 귀하께서는 서비스가 의학적 필요성이 있는 것인지 여부를 염려할 필요가 없습니다.

귀하에게 정신질환 또는 정신질환의 증상이 있으면, 정신질환 또는 정신질환의 증상으로 인해 하위 수준의 의료서비스를 안전하게 치료받을 수가 없습니다. 그리고 귀하께서는,

- 현재의 위험을 자신에게 또는 타인에게, 또는 심각한 재산파괴를 나타냅니다

- 의식주에 대비하여, 또는 사용하기 위한 공급이 막힙니다
- 신체건강에 대한 중대한 위험을 보입니다
- 기능할 수 있는 능력에서 최근에 현저한 악화를 보이며, 그리고
- 병원에서만 제공할 수 있는 정신과 평가, 약물치료, 또는 기타 치료가 필요합니다.

귀하께서 이와 같은 병원 서비스가 필요할 경우, 우측의 의학적 필요성이라고 하는 기준을 만족시키면 귀하의 ***MHP*** *에서는 병원입원비를 지불합니다.*

다음 사항 가운데 하나라도 있으신 경우에는**,** 귀하의 카운티 **MHP**가 정신과 입원병원의 오랜 입원비를 지불하게 됩니다**:**

- 위의 설명과 같이 '의학적 필요성' 기준이 계속 존재함
- 지속적인 입원을 필요로 하는 약물, 시술 또는 치료법에 대하여 위중하며 부정적인 반응
- 의학적 필요성의 기준을 충족시키는 새로운 문제의 존재
- 정신과 입원병원에 한해 제공될 수 있는 지속적인 의학적 평가나 치료의 요구

귀하의 의사가 귀하의 상태를 안정적이라고 밝히면, 귀하의 카운티 MHP는 귀하를 정신과 입원(야간 체류) 병원으로부터 퇴원을 시킬 수 있습니다. 이것은 귀하께서 병원에서 퇴원하더라도, 더 악화되지 않을 것이라고 의사가 기대할 때를 가리킵니다.

조치 통지서

조치 통지서란무엇입니까?

때로는 NOA라고도 하는 조치 통지서(Notice of Action)는 귀하가 거주하는 카운티의 정신 건강보험(MHP)이 사용하는 것입니다. MHP는 이것을 이용하여 귀하가 Medi-Cal 정신건강 서비스를 받을지 여부에 대해 MHP가 언제 결정을 내릴 것인지 알려 줍니다. 조치 통지서는 귀하의 민원, 이의신청 또는 신속 이의신청이 기한 내에 처리 결정되지 않았는지 여부, 또는 귀하가 서비스 제공을 위한 MHP의 표준 기간 내에 서비스를 받지 못했는지 여부를 알려주는 데도 사용됩니다.

언제 조치 통지서를 받게 됩니까?

아래와 같은 경우 귀하는 조치 통지서를 받게 됩니다.

- 귀하의 MHP 또는 MHP의 서비스 제공자 가운데 하나가 귀하가 의학적 필요성 기준을 충족하지 않고 있어서 귀하가 어떤 Medi-Cal 전문 정신건강 서비스도 받을 자격이 없다고 결정할 경우. 의학적 필요성에 대해서는 19페이지를 참조하십시오.
- 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 정신건강 전문서비스가 필요하다고 판단하고 MHP에 이에 대한 승인을 요청하지만, MHP는 이에 동의하지 않고 귀하의 서비스 제공자의 요청을 "기각"하거나 서비스의 종류 또는 빈도를 변경할 경우. 대부분의 경우 귀하는 서비스를 받기 전에 조치 통지서를 받게 되지만, 때로는 귀하가 이미 서비스를 받은 뒤에 또는 귀하가 서비스를 받고 있는 중에 조치 통지서를 받게 됩니다. 이미 서비스를 받은 뒤에 조치 통지서를 받더라도, 귀하는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않아도 됩니다.
- 귀하의 서비스 제공자가 MHP에 승인을 요청했지만, MHP가 결정을 내리기 위해 더 많은 정보를 필요로 하고, 따라서 승인 절차를 정해진 시간까지 완료하지 못하는 경우
- 귀하의 MHP가 자체적으로 설정한 시한에 기초하여 귀하에게 서비스를 제공하지 않을 경우. 귀하가 거주하는 카운티의 MHP에 전화하여 표준 시한을 설정했는지 확인하십시오.
- 귀하가 MHP에 민원을 제기하고 MHP가 60일 이내에 귀하의 민원에 대한 결정문을 귀하에게 회신하지 않을 경우. 민원에 대한 더 자세한 사항은 30페이지를 참조하십시오.

- 귀하가 MHP에 민원을 제기하고 MHP가 45일 이내에 귀하의 민원에 대한 결정문을 귀하에게 회신하지 않을 경우, 또는 귀하가 신속 이의신청을 했을 때 3 근무일 이내에 회신하지 않을 경우. 이의신청에 대한 더 자세한 사항은 25페이지를 참조하십시오.

민원, 이의 신청, 주 공청회에 대한 추가 사항에 대해서는 문제해결절차에 관한 이 소책자의 다음 섹션을 참조하십시오.

본인이 원하는 서비스를 받지 못할 때, 항상 조치 통지서를 받게 됩니까?

귀하가 조치 통지서를 받지 못할 때도 있습니다. 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 필요한 서비스들에 대해 합의하지 못할 경우, 귀하는 MHP로부터 조치 통지서를 받지 못합니다. 귀하는 MHP가 귀하에게 충분히 신속하게 서비스를 제공하지 못하고 있다고 판단하고 있지만 정작 MHP는 기한을 정하지 않은 경우, 귀하는 조치 통지서를 받지 못합니다.

이와 같은 상황이 발생할 경우, 귀하는 MHP에 이의 신청(재심청구)을 접수하고 있거나 이 절차를 마친 경우에는, 주 공청회를 요구할 수 있습니다. 이의 신청 방법 또는 주 공청회 요구 방법은 이 소책자의 24페이지 시작부에 포함되어 있습니다. 또한 귀하의 서비스 제공자의 사무실에서도 정보를 제공해야 합니다.

*양식상의 **MHP** 에서 기술하는 내용에 동의하는지 여부를 결정해야 합니다. 동의하지 않는 경우, **MHP** 에 재심청구 또는 재심청구절차를 마친 경우에는 청문회를 요구할 수 있으므로, 정해진 접수일자에 늦지*

조치 통지서는 어떤 내용을 전달합니까?

조치 통지서는 귀하에게 다음과 같은 내용을 전달합니다.

- 귀하가 거주하는 카운티의 MHP가 어떤 행위들을 통해 귀하와 귀하의 서비스 획득 능력에 영향을 주었는가 하는 내용
- 결정의 발효일과 MHP가 결정을 내린 이유
- MHP가 결정을 내릴 때, 따르고 있었던 주 규정 또는 연방 규정
- MHP의 행위에 대해 귀하가 동의하지 않을 경우, 귀하가 행사할 수 있는 권리
- MHP에 이의신청을 하는 방법
- 주 공청회를 요구하는 방법
- 신속 이의신청 또는 신속 공청회를 요구하는 방법
- 이의신청 또는 주 공청회 요구와 관련하여 도움을 얻는 방법
- 이의신청 가능 기간 또는 주 공청회 요구 가능 기간
- 재심청구 또는 주 공청회의 결정을 기다리는 동안, 귀하가 계속 서비스를 받을 자격이 있는지 여부.
- 서비스를 지속적으로 받고 싶은 경우, 귀하가 재심청구 또는 주 공청회 요청서를 접수해야 하는 시기.

문제해결 절차

위에서 설명란 바와 같이 대다수의 카운티에서는 문제해결절차를 밟는 동안,그 처리방법상 카운티간에 차이가 있을 수 있습니다. 본 책자의 앞에 나오는 카운티관련

조치 통지서를 받게 되면 어떤 조치를 취해야 합니까?

조치 통지서를 받게 되면 조치 통지서에 수록된 내용을 모두 주의깊게 읽어야 합니다. 조치 통지서의 내용을 이해하지 못할 경우 귀하의 MHP에 도움을 요청하십시오. 또는 다른 사람에게 도움을 요청해도 됩니다.

조치 통지서에 귀하가 주 공청회 결정을 기다리는 동안 계속 서비스를 받을 수 있다고 명시되어 있을 경우, 귀하는 조치 통지서가 우편으로 전달된 날짜 또는 귀하에게 인편으로 전달된 날짜로부터 10일 이내에, 또는 조치 통지서가 서비스 변경 발효일보다 10일 이상의 기간 전에 전달될 경우, 변경 발효일 10일 전에 주 공청회를 요구해야 합니다.

본인이 거주하는 카운티의 MHP로부터 본인이 원하는 서비스를 받지 못할 경우, 어떻게 해야 합니까?

귀하가 거주하는 카운티의 MHP는, 귀하가 제공받고 있는 정신건강 전문서비스와 관련된 어떤 문제에 대해서도, 귀하에게 문제를 해결할 수 있는 방법을 제공합니다. 이것을 문제해결 절차라고 부르며, 문제해결 절차에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다.

1. **민원처리 절차** – 이의신청 절차와 주 공청회 절차에 의해 다뤄진 문제들에 포함되지 않지만, 귀하의 정신건강 전문서비스와 관련된 사항에 대한 불만 의사 표시.
2. **이의신청(재심청구) 절차** – MHP 또는 귀하의 서비스 제공자가 귀하의 정신건강 전문서비스에 대해 내린 결정(서비스의 거부 또는 서비스의 변경)에 대한 검토.

또는,아래 사항을 위해 접수할 수 있는MHP에 문제해결 절차를 일단 마친 경우에는,

3. **주 공청회 절차** – 귀하가 Medi-Cal 프로그램에 기초하여 수급 자격이 있는 정신건강 서비스를 받게 하기 위한 검토.

귀하의 MHP는 민원신청서와 이의신청서와 주소가 표시된 봉투를 모든 서비스 제공자 시설에서 귀하에게 제공할 것입니다. 따라서, 귀하는 어느 누구에게도 그러한 서식을 구해 달라고 부탁할 필요가 없습니다. 귀하가 거주하는 카운티의 MHP는 모든 서비스 제공자 시설에 민원처리 절차와 이의신청 절차를 설명하는 공고를 게시해야 하며, 정상 근무 시간에 귀하를 도울 무료 전화번호와 더불어 무료 언어통역서비스를 제공해야 합니다.

주 정신건강
옴부즈맨 서비스는
(800) 896-4042
(통역사 서비스 제공)
또는 ***TTY***
(800) 896-2512*로*
전화하거나, ***(916)***
653-9194*로 팩스를*
보내거나,
ombudsman@dmh.ca.gov*로 전자우편을*
보내면 이용할 수
있습니다.

이의신청 절차 (표준 절차와 신속 절차)

45일을 기다리면 귀하의 건강이 위험해진다고 판단될 경우 귀하는 '신속 이의신청'을 요청해야 합니다.

표준 이의신청 절차는,

- 귀하가 개인적으로, 전화로 또는 서면으로 이의신청을 할 수 있게 합니다. 이의신청을 개인적으로 또는 전화로 하는 경우 귀하는 귀하의 서명이 포함된 이의신청서를 제출해야 합니다. 이의신청서의 작성에 도움을 얻을 수도 있습니다. 귀하의 서명이 포함된 이의신청서를 제출하지 않을 경우, 귀하의 이의신청은 접수되지 않습니다. 그러나 귀하가 구두로 이의를 신청한 날이 이의신청일이 됩니다.
- 이의신청이 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자에게 어떤 식으로든 불이익을 주지 않게 되도록 합니다.
- 귀하가 서비스 제공자를 포함하여 타인을 귀하의 대리인으로 지정합니다. 귀하가 타인이 귀하를 대리하게 하는 경우, MHP는 MHP가 해당인에게 정보를 제공하는 것을 승인하는 양식에 서명할 것을 귀하에게 요구할 수도 있습니다.
- 이의신청의 청구기간 동안에도 필요한 만큼의 일정 내에서 혜택이 지속되도록 하며, 이는 조치 통지서(NOA)가 우송 또는 개인적으로 전달된 날짜로부터 10일간입니다. 이의신청이 해결되지 않고 있는 동안의 서비스에 대한 부담은 하지 않아도 좋습니다.
- 결정을 내리는 개인들이 결정을 내리기 위한 적격 요건을 갖추었고 이전의 어떤 검토 레벨 또는 의사결정 레벨에도 관여하지 않았는지 확인합니다.
- 귀하 또는 귀하의 대리인이 귀하의 진료 기록을 포함하여 귀하의 병력 자료와, 이의신청 절차 진행 중에 검토되는 기타 문서 또는 기록을 이의신청 절차 이전과 진행 중에 검토하는 것을 가능하게 합니다.
- 귀하가 사실적인 또는 법률적인 증거와 주장을 개인적으로 또는 서면으로 제출할 수 있는 적절한 기회를 가질 수 있게 합니다.
- 귀하, 귀하의 대리인 또는 사망한 수급자의 유산의 법정 대리인을 이의신청의 당사자로 포함시키는 것을 가능하게 합니다.
- 귀하에게 확인서를 보내 귀하의 이의신청이 검토되고 있음을 알려 드립니다.
- 이의신청 절차를 마치면, 주 공청회를 요구할 권리가 있음을 귀하에게 알려 드립니다.

이의신청은 언제 할 수 있습니까?

아래와 같은 경우 귀하가 거주하는 카운티의 **MHP**에 이의신청을 할 수 있습니다.

- 귀하의 MHP 또는 MHP의 서비스제공자들 가운데 하나가 귀하가 의학적 필요성 기준을 충족하지 않고 있어서 귀하가 어떤 Medi-Cal 정신건강 전문서비스도 받을 자격이 없다고 결정할 경우(의학적 필요성에 대해서는 19페이지를 참조하십시오.)
- 귀하의 서비스제공자가 귀하에게 정신건강 전문서비스가 필요하다고 판단하고 MHP에 이에 대한 승인을 요청하지만, MHP는 이에 동의하지 않고 귀하의 서비스제공자의 요청을 "기각"하거나 서비스의 종류 또는 빈도를 변경할 경우
- 귀하의 서비스 제공자가 MHP에 승인을 요청했지만 MHP가 결정을 내리기 위해 더 많은 정보를 필요로 하고 따라서 승인 절차를 정해진 시간까지 완료하지 못하는 경우
- 귀하의 MHP가 자체적으로 설정한 시한에 기초하여 귀하에게 서비스를 제공하지 않을 경우
- MHP가 귀하의 욕구를 충족할 정도로 신속하게 서비스를 제공하고 있지는 않다고 판단될 경우
- 귀하의 민원, 이의신청 또는 신속 이의신청이 적시에 해결되지 않을 경우
- 귀하와 귀하의 서비스제공자가 귀하에게 필요한 서비스에 대해 합의하지 않을 경우

어떤 방법으로 이의신청을 할 수 있습니까?

귀하의 MHP에 이의신청을 하는 방법에 대해서는 이 소책자의 앞부분을 참조하십시오. 귀하는 귀하가 거주하는 카운티의 MHP의 무료 전화번호(역시 이 소책자의 앞 부분에 수록된)로 전화하면 이의신청에 대한 도움을 얻을 수 있습니다. MHP는 귀하가 이의신청서를 우편으로 보낼 수 있도록 주소가 표시된 봉투를 모든 서비스제공자 시설에 제공할 것입니다.

본인의 이의신청에 대한 처리 결정이 내려졌는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 **MHP**는 귀하 또는 귀하의 대리인에게 귀하의 이의신청에 대한 처리 결정을 서면으로 통보합니다. 통보 내용에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 이의신청에 대한 결정 절차의 결과

- 이의신청에 대한 결정이 내려진 날짜
- 이의신청이 귀하에게 유리하게 처리 결정이 내려지지 않을 경우 통지서에는 귀하의 주 공청회 요구 권리와 주 공청회 요구 제출 절차에 대한 정보도 포함됩니다.

이의신청 마감시한이 있습니까?

귀하는 조치 통지를 받을 때 귀하가 이의신청하는 조치의 결정일로부터 90일 이내에 이의신청을 해야 합니다(22페이지 참조). 언제나 조치 통지서를 받는 것은 아니라는 점도 명심하십시오. 귀하가 조치 통지서를 받지 않을 때, 이의신청 마감시한은 없으므로 귀하는 언제든지 이의신청을 할 수 있습니다.

본인의 이의신청에 대한 결정이 언제 내려집니까?

MHP는 귀하의 이의신청 요청을 접수한 날로부터 45일 이내에 귀하의 이의신청에 대해 처리 결정을 내려야 합니다. 귀하가 연장을 요청할 경우 또는 MHP가 추가 정보가 필요하고 기한 연장이 귀하에게 이롭다고 판단할 경우, 처리 기한은 최고 14일까지 연장될 수 있습니다. 처리 기한 연장이 귀하에게 이로울 때의 예는 MHP가 귀하 또는 귀하의 서비스제공자로부터 정보를 입수할 시간이 조금 더 많다면 귀하의 이의신청을 승인할 수도 있을 것이라고 판단할 때입니다.

본인의 이의신청에 대한 처리 결정을 45일 동안 기다릴 수 없을 경우 어떻게 해야 합니까?

이의신청 절차는 신속 이의신청 절차의 요건을 갖추고 있을 경우 좀더 신속하게 진행될 수도 있습니다.(아래의 신속 이의신청에 대한 섹션을 참고하십시오.)

신속 이의신청이란 무엇입니까?

신속 이의신청이란 이의신청에 대한 처리를 좀더 신속하게 결정하는 방법입니다. 신속 이의신청 절차는 표준 이의신청 절차와 비슷한 절차를 따릅니다. 그러나,

- 귀하의 이의신청은 특정 요건을 충족해야 합니다(아래 참조).
- 신속 이의신청 절차의 기한은 표준 이의신청 절차의 기한과 다릅니다.
- 귀하는 신속 이의신청을 구두로 요청할 수 있으며, 따라서 신속 이의신청을 서면으로 요청하지 않아도 됩니다.

언제 신속 이의신청을 할 수 있습니까?

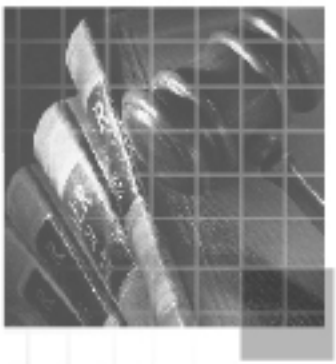
표준 이의신청 처리 결정을 최고 45일까지 기다릴 경우 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능의 달성, 유지 또는 회복 능력이 위험해질 것이라고 판단할 경우, 귀하는 신속 이의신청을 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의신청이 신속 이의신청의 요건을 충족한다는 것에 대해 MHP가 동의할 경우, 귀하의 MHP는 신속 이의신청을 접수하고부터 3 근무일 이내에 귀하의 신속 이의신청에 대한 처리 결정을 내립니다. MHP가 추가 정보가 필요하고 결정 기한 연장이 귀하에게 이롭다고 판단할 경우, 결정 기한은 최고 14일까지 연장될 수 있습니다. 귀하의 MHP는 결정 기한을 연장할 경우, 기한상 사유를 귀하에게 서면으로 해명할 것입니다.

MHP가 귀하의 이의신청이 신속 이의신청의 요건을 충족하지 못한다고 판정할 경우, 귀하의 MHP는 귀하에게 즉시 구두로 통보하고 2일 이내에

주 공청회 절차 (표준 절차와 신속 절차)

귀하에게 서면으로 통보합니다. 따라서 귀하의 이의신청은 이 절에서 기술된 표준 이의신청 기한을 따릅니다. 귀하의 이의신청이 신속 이의신청 요건을 충족하지 못한다는 MHP의 판정에 동의하지 않을 경우, 귀하는 민원을 제기할 수 있습니다.(아래 민원 처리 절차에 대한 설명을 참조하십시오.)

귀하의 MHP는 귀하의 신속 이의신청 처리 결정을 내린 다음, 귀하와 모든 관련 당사자들에게 구두 및 서면으로 통보합니다.



주 공청회란 무엇입니까?

주 공청회란 캘리포니아 사회복지부(California Department of Social Services)가 Medi-Cal 프로그램에 따라 귀하가 수급 자격이 있는 정신건강 전문서비스를 받게 하기 위해 수행하는 독립적 검토입니다.

본인은 어떤 주 공청회 권리를 갖고 있습니까?

귀하는 다음과 같은 권리를 갖고 있습니다.

- 캘리포니아 사회복지부 앞에서 청문회(주 공청회라고 함)를 가질 권리
- 주 공청회를 요구하는 방법에 대해 들을 권리.
- 주 공청회에서 의견을 제출하는 것에 대한 규칙에 관해 들을 권리.
- 귀하가 지정 기한 내에 주 공청회를 요청할 경우, 주 공청회 절차 진행 중에 귀하의 요청에 따라 귀하의 수급 혜택을 지속시킬 권리.

언제 주 공청회를 요청할 수 있습니까?

아래와 같은 경우, 귀하는 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

- MHP의 민원 제기 및/또는 이의신청을 마친 경우.

- 귀하의 MHP 또는 MHP의 서비스 제공자들 가운데 하나가 귀하가 의학적 필요성 기준을 충족시키지 못하기 때문에 어떤 Medi-Cal 전문 정신건강 서비스도 받을 자격이 없다고 결정할 경우(의학적 필요성에 대해서는 19페이지 참조)
- 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 정신건강 전문서비스가 필요하다고 판단하여 MHP에 승인을 요청하는데도 MHP가 이에 동의하지 않고 귀하의 서비스 제공자의 요청을 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 변경하는 경우

- 귀하의 서비스 제공자가 MHP에 승인을 요청했지만 MHP는 결정을 내리기 위해 더 많은 정보가 필요하여 승인 절차를 기한 내에 완료하지 않을 경우
- 귀하의 MHP가 일정 기한을 설정하고 그러한 기한에 기초하여 귀하에게 서비스를 제공하지 않을 경우
- 귀하가 MHP가 귀하의 욕구를 충족하기에 충분할 정도로 신속하게 서비스를 제공하고 있다고 생각하지 않을 경우
- 귀하의 민원, 이의신청 또는 신속 이의신청이 정해진 기한 내에 처리 결정되지 못한 경우
- 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 필요한 서비스에 대해 합의하지 못하는 경우

주 공청회는 어떤 방법으로 요청합니까?

귀하는 캘리포니아 사회복지부에서 직접 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 귀하는 아래 주소로 서신을 보내 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

State Hearing Division
California Department of Social Services
P.O. Box 9424443, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

주 공청회를 요청하려면 전화 (800) 952-5253번으로 연락하시거나, (916) 229-4110으로 팩스 또는 주소 Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 19-37, Sacramento, CA 94244-2430으로 서신을 보내시기 바랍니다.

주 공청회 신청기한이 있습니까?

조치 통지서를 받지 못한 경우, 귀하는 언제든지 주 공청회를 요구할 수 있습니다.

주 공청회 처리 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있습니까?

귀하의 서비스 제공자가 귀하가 이미 받고 있는 정신건강 전문서비스가 계속 제공되어야 한다고 판단하고 MHP에 이에 대한 승인 요청을 하였는데, MHP가 이에 동의하지 않고 귀하의 서비스 제공자의 요청을 거부하더라도, 또는 귀하의 서비스 제공자가 요청한 서비스의 유형 또는 빈도를 변경하더라도,

민원신청 절차

*2003 년에 귀하의 **MHP** 관련 문제 해결에 도움을 주기 위한 **MHP** 절차를 묘사하는 데 사용되는 표현들 가운데 일부가 변경되었습니다. 귀하는 민원 처리 또는 이의신청 절차의 진행 중에는 더 이상 언제라도 신청할 수 있는 주 공청회를 요구할 수 없습니다.*

귀하는 주 공청회 처리 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 이러한 상황이 발생할 경우 MHP는 언제나 귀하에게 조치 통지서를 보냅니다. 또한 귀하는 주 공청회가 진행되는 기간에 제공되는 서비스에 대해 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

주 공청회의 처리 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받고 싶을 경우 무엇을 해야 합니까?

주 공청회 절차가 진행되는 동안 서비스를 계속 받고 싶을 경우 귀하는 귀하의 조치 통지서가 우편으로 또는 인편으로 귀하에게 전달된 날로부터 10일 이내에 주 공청회를 요청해야 합니다.

본인이 요청한 주 공청회의 처리 결정을 90일 동안 기다릴 수 없을 경우 어떻게 해야 합니까?

정상적인 90일의 기한이 귀하의 중요한 생명 기능의 획득, 유지 또는 회복 능력에 발생되는 문제를 포함하여 귀하의 정신건강에 심각한 문제를 유발한다고 판단할 경우, 귀하는 신속(좀더 빠른) 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 사회복지부 산하 주 공청회과(State Hearings Division)는 귀하의 신속 주 공청회 요구를 검토하여 적격 요건을 충족하는지 판정합니다. 귀하의 신속 공청회 요구가 승인되면 공청회가 개최되며, 주 공청회실이 귀하의 요청을 접수한 날로부터 3 근무일 이내에 공청회의 결정 사항이 공개됩니다.

민원이란 무엇입니까?

민원이란 이의신청 절차와 주 공청회 절차에서 다뤄지지 않는 문제들에 포함되지 않고 귀하의 정신건강 전문서비스에 관련되어 있는 어떤 것에 대해서든 불만 의사 표시를 하는 것을 말합니다.(이의신청 절차와 주 공청회 절차에 대해서는 25페이지와 28페이지를 참조하십시오.)

민원 처리 절차는

- 귀하가 구두로 또는 서면으로 민원을 제기할 수 있을 만큼 간단하고 이해하기 쉬운 절차를 포함하고 있습니다.
- 귀하 또는 귀하의 서비스제공자에게 어떤 식으로든 불이익을 주지 않습니다.
- 귀하가 서비스제공자를 포함하여 타인을 귀하의 대리인으로 지정할 수 있게 합니다. 귀하가 타인이 귀하를 대리하게 하는 경우, MHP는 MHP가 해당인에게 정보를 제공하는 것을 승인하는 양식에 서명할 것을 귀하에게 요구할 수도 있습니다.
- 결정을 내리는 개인들이 결정을 내리기 위한 적격 요건을 갖추었고 이전의 어떤 검토 수준 또는 의사결정 수준에도 관여하지 않았는지 확인합니다 .
- 귀하, 귀하의 MHP, 귀하의 서비스제공자의 역할과 책임을 파악합니다.
- 지정된 기한에 민원 처리 결정을 제공합니다.

언제 민원을 제기할 수 있습니까?

귀하는 MHP로부터 귀하가 받고 있는 정신건강 전문서비스에 대해 만족하지 않거나, MHP와 관련하여 다른 문제가 있을 경우 MHP에 민원을 제기할 수 있습니다.

어떤 방법으로 민원을 제기할 수 있습니까?

귀하는 귀하가 거주하는 카운티의 MHP의 무료 전화번호로 전화하여 민원에 대한 도움을 받을 수 있습니다. MHP는 귀하가 민원을 우편으로 제출할 수 있도록 주소가 표시된 봉투를 모든 서비스제공자 시설에 제공합니다. 민원은 구두로 또는 서면으로 제기할 수 있습니다. 구두 민원제기 이후 다시 서면으로 민원을 제기할 필요가 없습니다.

MHP에 본인의 민원이 접수되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 MHP는 귀하에게 확인서를 보내 귀하의 민원이 접수되었음을 알려줄 것입니다.

본인의 민원은 언제 처리가 결정됩니까?

MHP는 귀하가 민원을 제기한 날로부터 60일 이내에 귀하의 민원 처리를 결정해야 합니다. 귀하가 기한 연장을 요구할 경우, 또는 MHP가 추가 정보가

필요하고 기한 연장이 귀하에게 가장 이롭다고 판단할 경우, 처리 기한은 최고 14일까지 연장될 수 있습니다.

본인이 제기한 민원에 대해 MHP가 어떤 처리 결정을 내렸는지 여부를 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 민원에 대해 어떤 결정이 내려지면 MHP는 귀하 또는 귀하의 대리인에게 결정 사항을 서면으로 통보합니다. 귀하의 MHP가 귀하의 민원에 대한 결정을 귀하 또는 관련 당사자들에게 정해진 기일까지 통보하지 않을 경우 MHP는 귀하의 주청문회 요구 권리를 귀하에게 통보하는 조치를 취할 것입니다. 귀하의 MHP는 처리 기한 만료일에 귀하에게 조치를 통보할 것입니다.

민원 제기 마감시한이 있습니까?

언제든지 민원을 제기하실 수 있습니다.

민원을 제기하면 언제 처리 결정을 내립니까?

MHP는 귀하가 민원을 제기한 날로부터 60일 이내에 귀하의 민원에 대한 처리 결정을 내려야 합니다. 귀하가 처리 기한 연장을 요구할 경우, 또는 MHP가 추가 정보가 필요하고 처리 지연이 귀하에게 이롭다고 판단할 경우, 처리 기한은 최고 14일까지 연장될 수 있습니다. 처리 지연이 귀하에게 이로울 수 있는 때는 MHP가 귀하 또는 기타 관련자로부터 정보를 입수할 시간이 조금 더 많다면 귀하의 민원을 승인할 수도 있을 것이라고 판단하는 때입니다.

수급자는 어떤 권리를 갖고 있습니까?

Medi-Cal 수급자로서 귀하는 **MHP**로부터 의학적으로 필요한 정신건강 전문 서비스를 받을 권리가 있습니다**.** 정신건강 서비스를 받을 때 귀하는 다음과 같은 권리를 갖습니다**.**

- 인격적 존중과 개인의 존엄과 사생활에 대한 존중을 받으면서 치료받을 권리.
- 이용 가능한 치료 방안과 대안들에 대한 정보를 제공받을 권리. 그러한 정보들에 대해 이해하기 쉬운 말로 설명을 들을 수 있는 권리.
- 치료를 거부할 권리를 포함하여 자신의 정신건강 치료와 관련한 결정을 내리는 데 참여할 권리.
- 수급자가 치료를 위해 입원하는 병원, 간호 시설, 정신 요양소와 같은 시설에서 감금과 격리를 사용하는 것에 대한 연방 규정에 명시된 강압, 징계, 편의, 처벌 또는 보복 수단으로 사용되는 어떤 형태의 감금 또는 격리도 당하지 않을 권리.
- 자신의 진료 기록 사본을 요청하여 받을 권리와 진료 기록을 변경 또는 수정하라고 요구할 권리.
- MHP가 제공하는 서비스, MHP의 기타 의무, 이 소책자에 기술된 수급자의 권리에 대해 이 소책자에 수록된 정보를 제공받을 권리. 또한 귀하는 이 정보와 MHP가 이해하기 쉬운 형태로 제공하는 다른 정보를 제공받을 권리가 있습니다. 예를 들어 설명하면, 이것은 MHP가 MHP의 자료를 관할 카운티에 거주하는 Medi-Cal 수급자 가운데 최소 5% 또는 3,000명 가운데 작은 수에 의해 사용되는 언어로 제공하고 다른 언어들을 사용하는 사람들을 위해 무료 통역서비스를 제공해야 한다는 것을 뜻합니다. 또한 이것은 MHP가 시각 장애인이나 시력이 약한 사람 또는 독해 능력이 떨어지는 사람과 같이 특별한 욕구를 갖고 있는 사람들에게 서로 다른 자료를 제공해야 한다는 것을 뜻합니다.
- 서비스 가용성, 적절한 치료 인력과 서비스의 확보, 치료의 조정 및 연속성, 서비스의 제공 범위와 승인 등의 부문에서 주정부와 MHP가 체결한 계약 조건을 준수하는 MHP로부터 정신건강 전문서비스를 제공받을 권리. MHP는 다음과 같이 해야 합니다.

- MHP는 정신건강 전문서비스를 받을 자격이 있는 모든 Medi-Cal 수급자가 적시에 정신건강 전문서비스를 받는 것이 가능해질 만큼 충분한 수의 정신건강 서비스제공자들을 고용하거나 충분한 수의 정신건강 서비스제공자들과 서면 계약을 체결해야 합니다.
- MHP는 의학적으로 필요한 서비스를 제공할 수 있는 직원 또는 외부 서비스제공자가 없을 경우 수급자를 위해 의학적으로 필요한 외부 서비스를 적시에 제공해야 합니다. “네트워크외부 서비스제공자"(out-of-network provider)란 MHP의 정신건강 서비스제공자에 포함되지 않은 정신건강 서비스제공자를 말합니다. MHP는 외부 서비스 제공자에 의한 진료에 대해 수급자가 비용을 부담하지 않게 해야 합니다.

- MHP는 정신건강 전문서비스를 제공하는 데 동의한 서비스 제공자들이 정신건강 전문서비스를 제공할 자격 요건을 구비하고 있는지 확인해야 합니다.
- MHP는 MHP가 제공하는 정신건강 전문서비스가 양적인 면에서, 기간과 범위 면에서 관할 Medi-Cal 수급자들의 욕구를 충족할 정도로 적절한지 확인해야 합니다. 이러한 확인 작업에는 MHP의 서비스 비용 지불 승인 체계가 의학적 필요성에 기초해 있고 의학적 필요성 기준의 공정한 적용을 가능하게 하는 절차들을 사용하고 있는지 확인하는 작업도 포함됩니다.
- MHP는 관할 정신건강 서비스 제공자들이 서비스를 받을 수 있는 수급자를 적절히 평가하고 서비스를 받게 되는 수급자와 협력하여 치료의 목적과 제공될 서비스가 포함된 치료 계획을 수립하는지 확인해야 합니다.
- MHP는 MHP의 관할 지역 내에 있거나 관할 지역 외부에 있는 유자격 정신건강 전문의의 2차 소견서를 수급자에게 무료로 제공해야 합니다.
- MHP는 MHP가 제공하는 서비스를 Medi-Cal 관리형 의료보험을 통해 개인에게 제공되고 있는 서비스들과 조정하거나, 또는 필요할 경우 수급자의 일차적 진료 제공자와 조정해야 하며, 조정 과정에서 건강 정보의 비밀성에 대한 보호에 관한 연방 규칙에 명시된 바와 같이 서비스를 제공받는 개인들의 사생활이 보호되도록 해야 합니다.

- MHP는 응급 정신 상태 또는 긴급 상태나 위기 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요할 때 하루 24시간 주 7일 내내 서비스를 제공하는 것을 포함하여 언제든지 진료를 받을 수 있게 해야 합니다.
- MHP는 영어를 능숙하게 구사하지 못하는 가입자들과 문화적 및 인종적 배경이 다른 가입자들을 포함하여 모든 가입자들에게 서비스를 제공하는 것을 문화적으로 친숙한 방식으로 촉진하려는 주정부의 활동에 참여해야 합니다.

귀하의 MHP는 귀하의 권리사용으로 인해 귀하의 치료가 불이익을 당하지 않도록 해야 합니다. 귀하의 MHP는 이 소책자에 기술된 권리들뿐 아니라 관련 연방법과 주법을 준수해야 합니다(45 CFR 제80부의 규정에 의해 시행되는 1964년 민권법의 VI편(Title VI), 45 CFR 제91부의 규정에 의해 시행되는 1975년 제정 연령차별금지법, 1973년 제정 재활법, 미국장애인법 II편(Title II)과III편(Title III) 등). 귀하는 정신건강 치료에 대한 주법에 의거하여 추가적인 권리를 가질 수 있으며 해당 카운티의 환자 권리 대변인(Patients' Rights Advocate)에게 구체적 문제들을 상의할 수 있습니다.(지역 전화번호부에 수록된 관할 카운티의 정신건강 담당부서에 전화하여, 환자 권리 대변인의 전화번호를 문의하시면 됩니다.)

사전 의료 지시서

사전 의료 지시서란 무엇입니까?

귀하는 사전 의료 지시서를 작성할 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서란 캘리포니아 법률에 의거하여 인정되는 귀하의 치료 지시서입니다. 사전 의료 지시서는 대체로 귀하가 어떤 방법으로 치료를 받기를 원하는지 명시하거나, 귀하가 직접 말할 수 없을 경우 귀하가 어떤 결정이 내려지기를 원하는지 명시합니다. 때로는 사전 의료 지시서는 유언 위임장 또는 지속적인 치료 위임장으로 묘사되기도 합니다.

캘리포니아 법률은 사전 의료 지시서를 구두로 작성되거나 서면으로 작성된 개인 치료 지시서 또는 위임장(타인에게 귀하에 대한 결정을 내리는 것을 허가하는 문서)으로 정의합니다. 모든 MHP는 사전 의료 지시서 정책을 시행해야 합니다. 귀하의 MHP는 Medi-Cal 수급자인 어떤 성인에게도 MHP의 사전 의료 지시서 정책에 대한 정보와 관련 주법률에 대한 설명을 제공해야 합니다. 물론 이것은 해당 성인이 그러한 정보를 요구하는 경우에 한합니다. 그러한 정보를 요청하고 싶을 경우 귀하는 이 소책자의 앞부분에 수록된 MHP의 무료 전화번호에 전화하여 추가 정보를 요청해야 합니다.

사전 의료 지시서는 특히 환자가 자신의 치료에 대한 지침을 제공할 수 없을 때 환자가 자신의 치료에 대한 통제권을 갖게 하기 위한 것입니다. 사전 의료 지시서는 환자가 치료에 대한 결정을 내릴 수 없을 경우 자신이 원하는 바를 미리 말할 수 있게 하는 법률적 문서입니다. 사전 의료 지시서에는 치료나 수술을 받거나 거부할 수 있는 권리 또는 다른 치료 방법들을 선택할 수 있는 권리가 포함될 수 있습니다. 캘리포니아의 경우 사전 의료 지시서는 다음과 같은 두 가지 부분으로 구성되어 있습니다.

1. 환자 자신의 치료에 대한 결정을 내리는 대행자(대리인)를 환자가 지정하는 것
2. 환자의 개인적인 치료 지침

사전 의료 지시서 요구사항에 대해 민원을 제기하려는 경우 캘리포니아 보건복지부(California Department of Public Health) 산하 면허교부 및 인증부(Licensing and Certification Division)에 **(800) 236-9747**로 전화하거나 P.O. Box 997434, MS 3202, Sacramento, California 95899-7434으로 우편을 보내 문의하십시오.

문화적 적합성

왜 문화적 고려 사항과 언어적 접근이 중요합니까?

문화적으로 적합한 정신건강 관리 체계에는 서로 다른 다양한 가치관, 신념과 지향, 인종, 종교, 언어가 어우러진 사회에서 모든 구성원의 욕구가 충족되게 하는 기법, 태도, 정책이 포함됩니다. 그러한 정신건강 관리 체계는 캘리포니아의 수많은 다양한 주민들에 대한 치료의 질을 개선하고 주민들에게 그러한 차이들을 이해하고 존중하는 법을 가르쳐 줍니다.

귀하가 거주하는 카운티의 MHP는 관할 주민들에게 문화적 및 언어적으로 적합한 정신건강 전문서비스를 제공할 책임이 있습니다. 예를 들어 영어를 구사하지 못하거나 영어를 제한적으로 구사하는 주민들은 자신들이 선호하는 언어로 서비스를 제공받을 권리와 통역사를 요구할 권리를 갖고 있습니다. 통역사가 요구될 경우, 무료로 통역사가 제공되어야 합니다. 서비스를 제공받으려는 사람들은 별도로 통역사를 대동하지 않아도 됩니다. 귀하의 권리, 수급 혜택, 치료에 대한 서면 및 구두 통역이 귀하가 선호하는 언어로 제공됩니다. 문맹자이거나 시각 장애인의 경우에도 대안적 형식으로 정보가 제공됩니다. 이 소책자의 앞부분에는 이러한 정보를 입수하는 방법이 기술되어 있습니다.

귀하가 거주하는 카운티의 MHP는 다음과 같이 해야 합니다.

- 귀하가 선호하는 언어로 정신건강 전문서비스를 제공해야 합니다.
- 문화적으로 적합한 진단과 치료를 제공해야 합니다.
- 안전하고 문화적 공감대가 형성되는 정신건강 관리 체계를 창출하기 위해 MHP의 카운티에 존재하는 다양한 문화적 욕구를 충족하기 위해 문화적으로 고유한 다양한 접근법들을 제공해야 합니다.
- 언어 장벽을 줄이기 위해 노력해야 합니다.

영어를 구사하지 못하거나 영어를 제한적으로 구사하는 사람들은 자신들이 선호하는 언어로 서비스를 제공받을 권리와 통역사를 요구할 권리가 있습니다.

- 정신건강 서비스를 제공받는 개인들의 문화적으로 고유한 욕구들을 충족시켜 주기 위해 노력해야 합니다.
- 질병 및/또는 건강에 대한 문화적으로 고유한 관점들을 민감하게 반영하여 서비스를 제공해야 합니다.
- 수급자에게 정신건강 서비스를 제공하는 과정에서 수급자의 세계관을 고려해야 합니다.
- 정신질환을 갖고 살아가는 것의 의미에 대해 MHP 직원과 외부 서비스제공자들을 정신 질환이 있는 환자들의 관점에서 교육하기 위한 과정이 있어야 합니다.
- 귀하의 MHP를 통해 제공되는 문화적/언어적 서비스에 대한 정보를 제공해야 합니다.
- 귀하의 일차 언어로 제공되는 정신건강 전문서비스와 다른 MHP 서비스들에 대한 정보(지역 및 제공되는 서비스별로 분류된)를 제공해야 합니다.

- 구두 통역서비스를 무료로 제공합니다. 이것은 영어를 제외한 모든 언어에 적용됩니다.
- 문서 자료를 주요 언어, 대안적 형식, 시각 장애인이거나 독해 능력이 떨어지는 사람들의 특수한 욕구를 고려하는 적합한 방식으로 작성하여 제공해야 합니다.
- 언어별 상담원이 상주하여 정신건강 전문서비스를 받는 방법에 대한 정보를 귀하의 언어로 제공할 수 있고 하루 24시간 주 7일 내내 이용할 수 있는 주 전체의 무료 전화번호를 제공해야 합니다. 귀하의 응급 상태를 치료하기 위해 필요한 서비스와 MHP 문제 해결 절차와 주 공청회 절차를 이용하는 방법도 이러한 무료 전화번호 서비스를 통해 제공됩니다.
- 문화, 인종, 언어가 서로 다른 지역의 주민들이 이러한 서비스들을 통해 일반 주민들과 동일한 혜택을 입고 있는지 최소한 일년에 한 번씩 확인해야 합니다.

정신건강 전문서비스를 어떤 방식으로 받게 됩니까?

정신건강 전문서비스가 필요하다고 생각할 경우 MHP에 직접 전문 정신건강 서비스를 신청하면 서비스를 받을 수 있습니다. 이 소책자의 앞부분에 수록된 귀하의 MHP의 무료 전화번호로 전화하면 됩니다. 이 소책자의 앞부분과 9페이지의 "서비스" 장에는 서비스에 대한 정보와 MHP에서 서비스를 받는 방법에 대한 정보가 제공되어 있습니다.

또한 귀하는 다른 방법으로 정신건강 전문서비스를 받기 위해 귀하의 MHP로 진료 의뢰될 수도 있습니다. 귀하의 MHP는 귀하에게 이러한 서비스가 필요할 수도 있다고 판단하는 의사들과 기타 일차 진료 제공자들의 진료 의뢰를 수락해야 하며, 귀하가 Medi-Cal 관리의료 건강보험에 가입한 경우, 소속 Medi-Cal 관리의료 건강보험의 진료 의뢰를 수락해야 합니다. 일반적으로 진료 제공자 또는 Medi-Cal 관리의료 건강보험은 응급 상황이 아닐 경우 진료 의뢰에 대한 귀하의 허락 또는 아동의 부모 또는 담당 주치의의 허락을 얻어야 합니다. 학교, 카운티 후생 또는 사회복지 부서, 보호자, 후견인 또는 가족 구성원, 법 집행기관을 포함한 다른 사람들과 기관들도 MHP에 진료 의뢰를 할 수 있습니다.

*이 주제에 대한 추가 사항에 대해서는 이 절 뒤에 수록된 서비스 제공자 목록을 참고하거나, 귀하의 **MHP** 의 고유한 승인 또는 진료 의뢰 사항에 대한 추가 정보가 수록된*

본인에게 필요한 정신건강 전문서비스제공자를 어떻게 찾을 수 있습니까?

일부 MHP는 귀하에게 귀하가 거주하는 카운티의 MHP의 승인을 얻은 다음 서비스제공자와 접촉할 것을 요구합니다. 귀하를 진료할 준비가 되어 있는 서비스제공자에게 귀하의 진료 의뢰를 하는 MHP도 있고, MHP는 귀하가 서비스제공자와 직접 접촉하는 것을 허가하는 MHP도 있습니다.

MHP는 귀하의 서비스제공자 선택을 약간 제한할 수도 있습니다. 귀하가 거주하는 카운티의 MHP는 귀하가 여러 서비스 제공자 가운데 하나를 선택하는 것을 허용할 수 없는 합당한 이유가 있을 경우를 제외하고, 예를 들어 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 수 있는 서비스제공자가 오직 하나일 경우를 제외하고, 최소한 두 서비스 공자 가운데 하나를 선택할 기회를 귀하에게 제공해야 합니다. 귀하의 MHP는 귀하가 서비스 제공자를 변경하는 것도 허용해야 합니다. 귀하가 서비스제공자 변경을 요구하면 MHP는 합당한

이유가 없을 경우 귀하가 최소한 두 서비스제공자 가운데 하나를 선택하는 것을 허용해야 합니다.

때로는 MHP와 계약을 체결한 외부 서비스제공자들이 스스로 또는 MHP의 요구로 MHP와의 계약을 해지합니다. 이럴 경우 MHP는 계약 해지 통지서를 접수하고 나서 15일 이내에 MHP와 외부 서비스제공자 사이의 계약이 해지되었음을 해당 서비스제공자로부터 정신건강 전문서비스를 받고 있는 환자에게 서면으로 통보하기 위해 최선을 다해야 합니다.

서비스제공자를 찾으면 본인이 받게 되는 서비스를 MHP가 서비스 제공자에게 알려 줄 수 있습니까?

귀하, 귀하의 서비스제공자, MHP는 의학적 필요성 기준과 제공 서비스 목록(10페이지와 17페이지 참조)을 따라 MHP를 통해 받을 필요가 있는 서비스들을 결정하는 과정에 모두 참여합니다. MHP는 필요한 서비스를 귀하와 서비스 제공자가 결정하게 할 때도 있습니다. 서비스 제공자가 귀하에게 특정 서비스가 필요하다고 판단하는 이유가 있을 경우 MHP는 서비스 제공자에게 그러한 이유에 대한 검토를 MHP에 요청할 것을 요구할 수도 있습니다. MHP는 유자격 정신건강 전문가를 활용하여 그러한 검토 작업을 수행해야 합니다. 이러한 검토 과정은 MHP 지불 승인 과정이라고 합니다. 주정부는 MHP에게 일상 집중치료, 일상 재활, 치료활동 서비스(TBS)를 위한 승인 과정을 구비할 것을 요구합니다.

이 소책자의 서비스 제공자 목록에 해당 서비스 제공자가 없을 경우 이 소책자의 앞부분에 수록된 ***MHP*** *의 무료 전화번호로 전화하여 목록을 보내달라고* ***MHP*** *에*

MHP의 승인 과정은 특정 시한을 준수해야 합니다. 표준 승인의 경우 MHP는 14일 이내에 귀하의 서비스제공자의 요청에 대해 결정을 내려야 합니다. 귀하의 서비스제공자가 요청할 경우 또는 MHP가 귀하의 서비스 제공자로부터 추가적인 정보를 입수하는 것이 귀하에게 이롭다고 판단할 경우, 결정 시한은 추가로 최대 14일까지 연장될 수 있습니다. 결정 시한 연장이 귀하에게 이로울 수 있는 때는 언제일까요? 예를 들면, MHP가 귀하의 서비스제공자로부터 추가 정보를 이미 입수했을 경우 MHP가 귀하의 서비스 제공자의 승인 요청을 승인할 수 있고 그러한 정보가 없으면 귀하의 서비스 제공자의 승인 요청을 거부해야 한다고 판단할 때입니다. MHP는 결정 시한을 연장할 경우 귀하에게 결정 시한 연장을 서면으로 통보하게 됩니다.

귀하의 서비스제공자 또는 MHP가 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능의 달성, 유지 또는 회복 능력이 14일의 기간 내에 위험해질 것이라고 판단할 경우, MHP는 3 근무일 이내에 결정을 내려야 합니다. 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 요청할 경우 또는 MHP가 귀하의 서비스제공자로부터 추가 정보를 입수하는 것이 귀하에게 이롭다고 판단할 경우, 결정 시한은 추가로 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.

MHP는 표준 승인 요청 또는 신속 승인 요청에 요구되는 시한 이내에 결정을 내리지 않을 경우, 귀하에게 서비스가 거부되었으며 귀하가 이의 신청서를

제출하거나 주 공청회를 요청할 수 있음을 알려 드리는 조치 통지서를 귀하에게 전달해야 합니다.(26페이지 참조)

귀하는 MHP에 승인 과정에 대한 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 그러한 정보를 요청하는 방법에 대해서는, 이 소책자의 앞부분을 참조하십시오. 승인 과정에 대한 MHP의 결정에 동의하지 않을 경우 귀하는 MHP에 이의 신청서를 제출하거나 주 공청회를 요청할 수 있습니다.(28페이지 참조)

본인의 MHP는 어떤 서비스제공자들을 활용합니까?

대다수 **MHP**는 네 종류의 서비스제공자를 이용하여 전문 정신건강 서비스를 제공합니다**.** 서비스 제공자의 종류는 다음과 같습니다**.**

개인 서비스제공자**:** 귀하가 거주하는 카운티의 MHP와 계약을 체결하여 사무실 및/또는 지역에서 전문 정신건강 서비스를 제공하는 의사와 같은 정신건강 전문가.

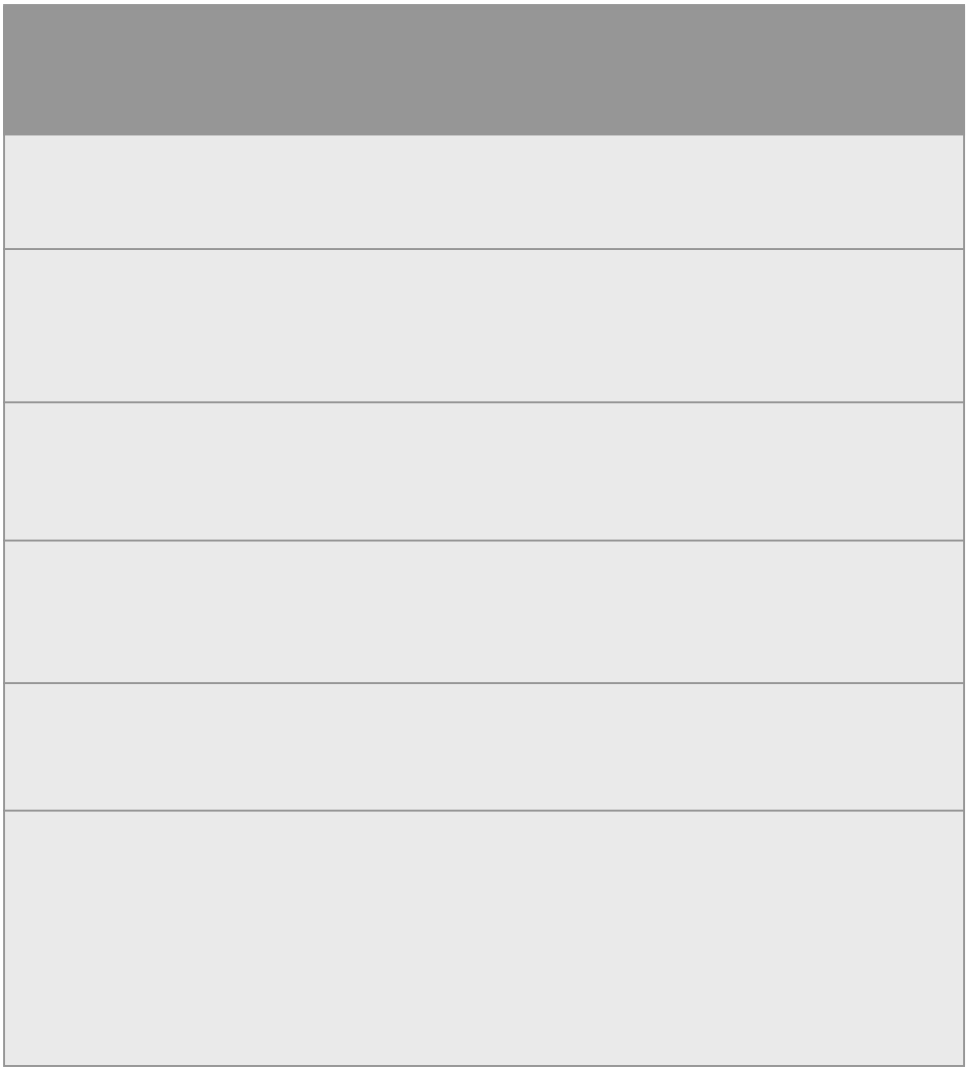
단체 서비스제공자: 단체 제공자란 귀하가 거주하는 카운티의 MHP와 계약을 체결하여 사무실 및/또는 지역에서 서비스를 제공하는 전문가들의 단체와 같은 정신건강 전문가들의 단체.

기관 서비스 제공자**: MHP**가 소유 또는 운영하거나 귀하가 거주하는 카운티의 MHP와 계약을 체결하여 병원 및/또는 지역에서 서비스를 제공하는 정신건강 병원, 기관 또는 시설.

병원 서비스제공자**:** 귀하는 병원에서 진료 또는 서비스를 받을 수 있습니다. 이것은 응급 치료의 일부일 수 있고, 또는 귀하의 MHP가 이러한 환경에서 귀하에게 필요한 서비스를 제공하기 때문일 수도 있습니다.

MHP에 처음 가입하시는 경우 이 소책자의 이 섹션 뒤에 귀하가 거주하는 카운티의 MHP의 서비스제공자 목록이 나와 있으므로 참고하시기 바랍니다. 또한 이 목록에는 서비스제공자들의 위치, 서비스제공자들이 제공하는 정신건강 서비스, 서비스제공자가 제공하는 문화적 서비스와 언어 서비스에 대한 정보를 포함하여 귀하가 진료를 받는 데 도움이 되는 기타 정보가 포함되어 있습니다. 서비스제공자에 대해 궁금한 사항이 있을 경우 이 소책자의 앞부분에 수록된 귀하의 MHP의 무료 전화번호로 연락하여 문의하시기 바랍니다.

주



귀하는 수혜자로서 다음과 같은 권리를 가지고 있다

- 귀하의 인격에 대한 존엄성과 치료에 관계된 사생활 즉 개인 신상정보에 대한 보호를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하의 처한상황, 이해력에 알맞은 방법으로 다양한 치료 서비스에 대한 선택과 그대안적 치료 방법에대한 정보를 제공 받을 권리가 있습니다.
- 치료를 거부할수있는 권한건을 포함해서 귀하는 자신의 모든 치료 결정과정에 참여 할수있는 권리를 가지고 있습니다.
- 치료시 어떤 형태의 보복, 강압, 벌칙성 대우나 또 편의성 목적으로 감금 격리 상태의 대우를 받으셨다면 그런 상태에서 풀려날 권한건을 가지고 있습니다.
- 귀하는 본인의 의료기록 사본을 요구하고 받을수 있으며 동일 기록내용을 수정또는 정정할수있는 권리가 있습니다.
- 연방법규 Title 42, CFR,Section 438,10 로항에 의거해 필수적인정보 자료를 제공받을 권리가 있습니다.
  이로항은 수혜자 권리에 관해 기술하고 있습니다.
- 연방법규 42,CFR, Section438,206 부터 438,210 로 항에 의해 귀하에 각종 치료 혜택 서비스가 제공되고 있습니다.
  이로항은 필수적으로 제공되고있는 권리로서 각종 치료 서비스의 내용, 이러한 치료 서비스의 적정량의 수용용량, 치료의 연속성 뿐아니라 협력적 연결성,또 다양한 치료서비스의 허가 범위등에 관련 내용을 담고 있습니다.

로스앤젤레스 카운티 정신 건강 환자 권리 사무처
(213) 738-4949 병원이 아닌 타 시설 상대 민원신고
(213) 738-4888 병원 상대 민원신고

dmh.lacounty.gov

Los Angeles County

Board of Supervisors

Gloria Molina
First District

Mark Ridley-Thomas
Second District

Zev Yaroslavsky
Third District

Don Knabe
Fourth District

Michael D. Antonovich
Fifth District

William T Fujioka
Chief Executive Officer

MH638E Rev. 7/2009

로스앤젤레스 카운티

정신건강국

Marvin J. Southard, D.S.W.
Director

불평 및 항의성 민원신고 지침

사용자 가이드

불평 및 항의성 민원신고 절차

로스앤젤레스 카운티 정신건강국은 카운티 정신 건강 플랜 Local Mental Plan(LMHP)을 총괄하고 시행하는 정부시관이다. 위의 정신건강 플랜하에서 정신건강 전문 치료 서비스를 받고계시다면 귀하는 나이나 ,성별 ,장애상태 ,언어,문화적배경에 알맞는 도움을 받으실 권리가 있다. 모든 정신 건강 서비스는 제공자 측과 수혜자인 귀하 양측의 공동동의하에 이 모든 치료 서비스로 제공 받게되어 있습니다.
이 책자에 설명한 신청 방법이나 절차 내용이 귀하가 혹시 경험하게 될지도 모르는 도움을 받는 과정에서의 우려사항, 불만및 문제해결에 도움이되어 귀하가 자신의 치료 과정에 더 적극적으로 참여하는데 도움이 되었으면 합니다.

문제 해결 지행 절차:

귀하의 우려사항 ,불만,문제점에대해 귀하를 도와준는 기관책임자나 정신건강 치려를 담당하는 실무자에게 직접 상의하여 우선 해결하실수 있습니다. 또는 환자 권리처 사무실에 직접 도움을 요청하셔도 됩니다. 이경우 변호인이 나서서 당신이 받은 치료 서비스와 치료제공자의 문제해결에도움이될것입다.

환자권리 변호인 연락처:

- (213) 738-4949 병원이 아닌 타 시설 민원신고
- (213) 738-4888 병원상대의 민원신고

귀하는민원신고를 구두 또는 서면으로 언제든지할 수 있다. 민원신고를 위해 필요한 서식은 귀하의 정신건강 치료제공자나 환자권리 사무국에서 구할 수 있다.
귀하는 타인에게 민원 신고절차를 대리 위탁시킬수있다.
귀하는 민원신고 때문에 어떠한 차별대우나 처벌도 받지 아니한다.

메디칼 수해자의 경우

귀하의 정신건강 치료 담당또는 제공자로 부터조치 통보서(NOL)를 받건 안받건 만약에 귀하의 정신건강 플랜(MHP)에 치료 지불을 중단하거나 감액 또는 액면 정정을 해야되는 경우 귀하는 주 곤정 청문회를 신청할수있다. 조치 통보서라함은 제공자측에서 수해자에게 발부하는 문건으로 수혜자가 받는 서비스의 변경내용을 담고 있다.

주 공정청문회는 정부 사회복지부가 주관하는 독립심의 기구이다. 동 청문회는 귀하가 정신건강 플랜히에서 정당히 받을 수 있는 정신 건강치료 서비스를 제대로 받고 있는지를 심의 결정한다.

귀하가 메디칼 수해자인 경우 주 공정청문회 신청 자격이 있으며, 정신건강 사무국의 소정의 민원 절차를 마친 경우 그러한 주 청문회 신청자격을 가지게 된다.
만약 귀하가 주 공정 청문회를 신청하려면 귀하는 조치 통보서를 받은지 30 일 이내에 신청해야 하며, 14 일간의 신청기일 연장 신청을 할 수 있다.

보조비 지급 유예

만약 귀하가 조치 통보서를 받더라도 환자 권리처 사무실에 10 일 이내에 통보만 하면 보조비 지급 유예해택을 받을 권리가 있다. 위 보조비 지급 유예해택은 귀히가 귀하의 공정청문회를 진행하는 기간중에도 계속해서 정신건강 서비스를 받을수 있도록 해준다.

만약 귀하가 조치 통보서(NOL)를 받는 경우 긴급상항이 적용되어 귀하의 항의성 민원신고 사항에 대해 신속한 처리를 요구할수 있게 됩니다.
이같은경우 환자권리처 사무실이 대신 나서서 귀하의 주 공정청문회 A state fair hearing 신청절차를 도와줄수 있습니다. 귀하가 직접 나서서 주정부 차원의 공정청문회 신청을 원하시는 경우 연락전화는 1(800)952-5253 입니다.
서면신청 주소는 아래와 같습니다.
Administrative Adjudications Div.
State Department of Social Services
744 P Street, Mall Station 19-37
Sacramento, CA 95814
로한다.

전문 정신건강 서비스 내용

- 정신과 병원 입원치료서비스
- 정신과 서비스
- 심리치료 서비스
- 환자 개별관리 서비스
- 조기 및 정기검진,진단, 치료 서비스(EPSDT)
- 재활 서비스
- 신경과 치료 시설 시비스

진료를 받는 방법

정신건강 치료 서비스를 원하시면 아래전화로 연락하십시오

- 액세스 전화 통신 접수센터 1(800)854-7771 Access Telecommunication
- 영어및 청각 장애우일 경우 전화통신접수는 1(800)651-2549 TDD/TTY Service 로 하시면 됩니다.
- 정신건강국 웹사이트 dmh.lacounty.gov

알아두어야할 중요정보 사항

- 제공자 변경신청은 본인이 직접 담당자에게 말 하거나 환자권리처 사무실에 신청하면 된다.
- 귀하의 개인 신상정보는 연방 및 주정부 법규에 명시된환자 신상정보 비밀 보잔 원칙에 의거해서 비밀이 상시 보호됩니다.
- 이 책자와 관련된 자료들은 대체본으로 나와있습니다.
- 대체 본이 필요할 경우는 환자권리 사무국으로 연락하여 얻을 수 있다. (800)700-9996, (213) 738-4888
- 청각 또는 언어 장애우의 경우에는 (800) 735-2929 로 전화하여 서비스를 받을 수 있다.
- 로스엔젤레스 카운티 정신건강국은 모든 치료서비스 접수시 제공프로그램 진행 과정에 있어 환자때문에 어떠한 차별대우도 하지 아니합니다.

귀하는 무료 언어소통 서비스 **free language assistance service** 를 받을 권리가 있다.

로스앤젤레스 카운티 정신 건강 국환자 권리처 사무실

비밀보장 원칙 환자 신상 자료: 복지 및 공공 기관법 5328 조 해당

수혜자/본인의 민원 양식

귀하는 언제든 불평을 호소 할수 있으며 본인을 대신해서 다른사람에게 대리위탁시켜 할수도 있다.귀하는 환자 권리국 사무부에 불평및항의에 관해 서면 제출을 할수 있는 권리가 있을 뿐만 아니라 Local Mental Health Plan 커운티 정신건강 플랜 (LMHP) 이 아래와 같은 경우를 야기 할 때에는 주정부 차원의 공정 청문회를 신청할수 있는 권리도 있다.

1. **신청한 치료 서비스를 일부제한해서 허가 했거나 거부했을 경우**
2. **종전에 허가한 치료 서비스를 일부 줄였거나 잠정적으로 또는 영구적으로 중단안 경우**
3. **당국에서 치료서비스 지불을 일부 또는 전액을 거부 한 경우;**
4. **치료 서비스 내용을 임의로 변경 했거나 허용된 기간내에 받지못하도록 거부당한 경우**
5. **귀하가 제출한 일반적 풀평호소나 알반적 항의 또는 긴급성 항의에 대한 처리를 법이 허용안 시일내에 처리를 안하는경우**

귀하가 메디칼 Medi-Cal 수혜자이신 경우 카운티 정신 건강 플랜의 수혜자로서 이미 민원을 신청한 경우에 한해서 주정부 공정 청문회 신청을 할수있다.

민원 신청인

성명 생년월일 메디-칼 #

주소 시 주 우편번호 자택전화

민원신청 대상

치료시설명\제공자\프로그램 전화

주소 시 주 우편번호

수혜자 본인 민원신고 허가 서식

(계속)

귀하가 민원신고를 하거나 항의를 한다고 해서 차별대우를 받거나 처벌을 받지 않는다.
호소나 항의 내용은 주 및 연방 법령으로 비밀보장원칙에 의해 보호된다.

민원 내용: (민원을 뒷받침 할수 있는 서면 자료를 첨부 할것.
내용 기재에 본 여백이 부족하면 별지를 사용 첨부 할것.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

본인 서명 또는 대리인 서명 **일자**

_____

만약 대리인 서명시에는 본인과의 관계를 기재 할것

귀하는 본문건 페이지 3 과 4 에 기재된 수혜자 본인의 건강자료 공개 및 사용 허가문을 정독한후 서명하시면 됩니다.동 자료는 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국 환자 권리처 사무실에서 귀하의 불평이나 항의 내용을 조사 하는데 쓰일것입니다.

수혜자/본인 민원신고 허가 서식

(계속)

본인 건강 자료 공개 및 사용 허가

안내

귀하가 본 문건에 서명 하므로서 귀하는 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국 환자 권리처 사무국에 귀하가 제기한 민원신고 내용에 대해 조사를 하도록 허가를 하는 것입니다.이 허가는 귀하의 자료 제공자들로 하여금 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국 환자 권리처 사무실에 귀하에 관한 모든 자료를 제공 하므로써 조사에 착수 할수가 있습니다.그 자료는:

- **귀하의 과거와 현재의 의료 기록 외**
- **귀하의 불펑 및 항의성 민원에관계된 자료 내용또는 귀하의 수혜권리에 정지/거부등의 자료**

유효 기일:

허가는 귀하가 제기한 민원이 해결되었을때 효력이 말소된다.

본 허가에 대한 귀하의 권리:

본 허가에 서명을 하실 경우 귀하는 필히 서명된 사본 한통을 받게된다.

귀하가 본 허가서에 서명을 안해도 무방하며, 서명거부를 했다고 해서 귀하가 치료 서비스를 받는데 어떤 영향도 미치지 아니한다.

본인의 건강정보자료 사용을 원치않을 경우 로스엔젤레스 카운티 정신 건강국에 귀하는언제든지 통보해서취소할수있다. 본인은 허가 취소원에 서명을 한뒤 우편으로 취소 통보서를 아래 주소로 보내야 한다.

County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

귀하가 현재사용 허가를 취소했다고 할지라도 귀하가 과거에 사용허가를 이미해주셨든 이미 보관하고 있든 귀하의 건강정보자료는 당 사무살에거 법적인 한도내에서 계속 사용이 가능합니다.

수혜자/본인 민원신고 허가 서식

(계속)

허가 인정: 본 서식에 서명을 하므로서 본인은 위에 상술한 본인에대한 건강 정보의 공개 및 사용을 허가 한다. 따라서 본 허가서의 서명으로 인해 본인의 건강 정보의 공개 및 사용이 가능하나 그 이상의 정보공개나 사용이 불가피한 경우에는 법이 허용하는 범위내에서 또 다른 허가서를 반듯이 본인으로 부터 받아야만 된다.

_____ _____

본인 서명 또는 대리인 서명 **일자**

_____

본인이 아닌 대리인이 서명시는
대리인과의 관계를 명기 할것

귀하에게는 무료로 언어 지원을 받을수 있는 권리가 보장된다.

환자 권리국 사무실로 전화를 해서 지원을 요청 할것:

(213) 738-4949 - 병원이 아닌 시설이나 종사원 상대 불평 및 항의성 민원의 경우
(213) 738-4848 또는 (800) 700-9996 – 병원 상대 불평 및 항의의 경우

- **본서식의 모든 사항단에 전부 기록하셨는지다시 정검하셨습니까?**
- **본 서식에 쉽게연락이 될수있게 본인의 전화번호와주소를 지재하셨습니까?**
- **페이지 2 의 민원신고 란관,이 페이지 윗부분 서명란에 꼭 싸인하는것 잊지마십시오**

그리고 나서 아래의 주소로이서식을 우송 하시면됩니다.

County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

잊지마시고 우표를꼭 부치십시오.