

수신:	정신건강 및 약물 메디-칼이 조직하는 전달 체계 수급자
발신:	행동건강 서비스
날짜:	2026년 1월 1일
제목:	행동건강 회원 핸드북 - 중요 변경 사항 통보

저희 프로그램 서비스를 처음으로 받기 시작할 때, 귀하가 받는 급여, 진료를 받는 방법, 그리고 샌디에고 카운티 행동건강 서비스 시스템에 관한 질문과 답변 등을 설명하는 회원 핸드북을 한 부 받았을 것입니다.

[BHIN 25-042](#)를 준수하기 위하여, 샌디에고 카운티 행동건강 회원 핸드북은 2024년 9월부터 2025년 12월 사이에 발표된 DHCS 정책을 반영하여 업데이트 되었습니다.

회원 핸드북의 업데이트된 내용은 **2026년 2월 1일**부터 발효됩니다.

이 통지서에 첨부된 내용은 회원 핸드북의 변경 내용을 요약한 것이며, 옵션 - 수급자 & 가족 페이지에서도 볼 수 있습니다:

[https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary\\_and\\_families.html](https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html)

더 많은 정보가 필요하다면:

- 연락할 곳: [QIMatters.HHSA@sdcounty.ca.gov](mailto:QIMatters.HHSA@sdcounty.ca.gov)

**샌디에고 카운티 행동건강 회원 핸드북  
변경 요약본 - 2026년 2월 1일 효력 발생**

섹션	수정	SMH & DMC-ODS에서 변경된 부분
언어 도움 서비스 및 보조 기기 서비스의 가능 통지서	업데이트 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>이전에는 "언어 태그라인"이라고 불렀습니다</li> <li>TTY 전화번호를 "1-800-855-7100"으로 업데이트 했습니다</li> </ul>
차례	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>"개인정보 보호관행 통지서" 섹션 추가</li> <li>"알아야 할 내용" 섹션 추가</li> </ul>
다른 언어와 형식	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>통역사 서비스에 관한 내용: "카운티 당국은 또한 가족 구성원, 친구, 또는 귀하를 대리하여 소통하기에 적당한 모든 경우의 사람들에게 보조기구와 서비스를 제공할 수 있습니다."</li> </ul>
행동건강 서비스 정보	업데이트 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>"청소년"을 "21세 미만의 사람"으로 업데이트했습니다</li> </ul>
고충처리란 무엇인가요? ("문제 해결 절차: 고충제기, 항변, 또는 주 단위 공정 심리 요청하기" 섹션 아래의 하부 섹션)	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>우려하는 내용 가운데 다룰 수 있는 것의 종류 안내를 예시와 함께 추가했습니다.</li> </ul>
항변 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있나요? ("불리한 급여 결정" 섹션의 하부 섹션)	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>새로운 하부 섹션과 안내 추가: "예, 결정을 기다리는 동안에도 서비스를 계속 받을 수 있을 것입니다. 이 말은 귀하가 계속 담당자와 만날 수 있을 것이며, 필요한 진료도 받을 수 있을 것이라는 뜻입니다."</li> </ul>
서비스를 계속 받기 위해 꼭 해야 하는 일은 무엇입니까? ("불리한 급여 결정" 섹션의 하부 섹션)	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>하부 섹션과 안내를 추가하여 항변 결정이 계류 중일 때 서비스 지속 요청 방법을 명확하게 했습니다: "귀하는 반드시 다음 조건에 부합해야 합니다: <ul style="list-style-type: none"> <li>서비스 지속 요청은 카운티 당국이 불리한 급여 결정 통지서를 발송한 날로부터 달력 기준 10일 이내, 혹은 카운티 당국이 통지한 서비스 중단 예정일 가운데서 더 늦게 오는 날짜가 되기 전에 합니다.</li> <li>귀하는 불리한 급여 결정 통지서 발급일 이후 달력 기준 60일 이내에 항변을 접수했습니다.</li> <li>항변은 귀하가 기왕에 받고 있었던 서비스의 중단, 감소, 혹은 유예에 관한 것이 아닙니다.</li> <li>귀하의 담당자는 귀하에게 해당 서비스가 필요하다는 것에 동의했습니다.</li> <li>카운티 당국이 기왕에 승인한 서비스 기간이 아직 끝나지 않았습니다."</li> </ul> </li> </ul>

섹션	수정	SMH & DMC-ODS에서 변경된 부분
카운티 당국이, 항변 이후에 저에게 서비스가 필요하지 않다고 결정하면 어떻게 되나요? ("불리한 급여 결정" 섹션의 하부 섹션)	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>새로운 하부 섹션과 안내가 추가되었습니다: "항변이 계류 중일 때 귀하가 받는 서비스에 대해서는 지불할 의무가 없습니다."</li> </ul>
개인정보 보호관행 통지서	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>회원들에게 자신의 보호대상 건강정보가 어떻게 사용되고 공개되는지, 그리고 개인정보 보호 권리가 무엇인지 알 권리가 있음을 알리는 새로운 섹션이 추가되었습니다.</li> </ul>
알아야 할 내용	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>회원 핸드북 전체에서 나오는 용어의 정리(알파벳 순서)를 수록한 새로운 섹션</li> </ul>

섹션	수정	SMH에서 변경된 부분
행동건강 서비스 접근하기	업데이트 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>DHCS는 카운티가 응급 정신건강 서비스에 대한 진료약속을 다음과 같이 제공해야 한다고 업데이트 했습니다:           <ul style="list-style-type: none"> <li>사전 권한부여 필수인 경우는 요청 이후 48시간 이내</li> <li>사전 권한부여 필수가 아닌 경우는 요청 이후 96시간 이내</li> </ul> </li> </ul>
서비스의 범위	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>특진 정신건강 서비스를 추가했습니다:           <ul style="list-style-type: none"> <li>부모-자녀 상호활동 치료 (PCIT)</li> <li>기능성 가족 치료(FFT)</li> <li>다층적 치료(MST)</li> <li>적극적 지역사회 치료(ACT)</li> <li>법위학적 적극적 지역사회 치료(FACT)</li> <li>첫 발병 정신병(FEP)에 대한 조정 전문 치료(CSC)</li> <li>클럽하우스 서비스</li> <li>향상된 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스 (지역에서는 2025년 4월에 추가)</li> <li>지원받는 고용</li> <li>방문 진료 서비스</li> </ul> </li> </ul>

섹션	수정	DMC-ODS에서 변경된 부분
행동건강 서비스 접근하기	업데이트 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>DHCS는 카운티가 응급 SUD 서비스에 대하여 제공해야 하는 진료약속을 다음과 같이 업데이트 했습니다:           <ul style="list-style-type: none"> <li>사전 권한부여 필수인 경우는 요청 이후 48시간 이내</li> <li>사전 권한부여 필수가 아닌 경우는 요청 이후 96시간 이내</li> </ul> </li> <li>DHCS는 권한부여 표준을 기준의 달력기준 14일에서 5업무일로 변경했습니다만, 샌디에고 BHP SUD 지역 주민의 권한부여 기간이 새로운 DHCS 표준보다 짧기 때문에 회원들에게는 영향이 없습니다.</li> </ul>
서비스의 범위	추가됨	<ul style="list-style-type: none"> <li>약물 남용 장애 서비스와 관련하여 다음과 같이 추가했습니다:           <ul style="list-style-type: none"> <li>전통적인 보건의료 관행(지역적으로 2025년 7월 추가)</li> </ul> </li> </ul>

섹션	수정	DMC-ODS에서 변경된 부분
		<ul style="list-style-type: none"><li>○ 향상된 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스 (지역에서는 2025년 4월에 추가)</li><li>○ 지원받는 고용</li></ul>

### English

ATTENTION: If you need help in your language call (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). These services are free of charge.

### العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). توفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير. اتصل بـ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն (Armenian)

ՈՒԾԱՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100): Կան նաև օժանդակ վիզոններ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատար տպագրված նյութեր: Զանգահարեք (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ខេម (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើមួយ ត្រូវ ការជំនួយ ជាតាសា របស់អ្នក ស្ម័រ ទូរស័ព្ទទៅលេខ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) ។ ជំនួយ នីង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ផ្តល់ជាបន្ទាសាសាសាជាមក្សាងុទ្ធស សម្រាប់ជនពិការអ្នក បូកសារសរសេរជាមក្សាងុទ្ធមុជំ តំណាងរាជបាលនដែងដែងរវ ទូរស័ព្ទមកលេខ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) ។ សេវាកម្មទាំងនេះជិនគិតថ្លែងទីផ្សេយ៍។

### 繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100)。这些服务都是免费的。

### فارسی (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلویت، مانند نسخه های خط برييل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

### हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

## **Hmoob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (888) 724-7240 (TTY: (TTY: 1-800-855-7100). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## **日本語 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100)

へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100)

へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## **한국어 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100)

번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕົ້ນງານຄວາມຂ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ານເປີ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). ຕັ້ງມີຄວາມຂ່ວຍເຫຼືອຂະໜາດການບໍລິການສໍາວັບຄືນຝຶການ

ເຈົ້ານອກະນານທີ່ເປັນອັກສອນບູນແວະມີໂຕຝຶມໃຫຍ່ ໄຫ້ທ່ານເປີ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). ການບໍລິການເຫຼົ້ານີ້ບໍ່ຕ້ອງແລ້ວຄ່າໃຊ້ຈຳລັງລິດໄດ້.

## **Mien**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoh bun longc. Douc waac daaih lorx (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੂਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## **Русский (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (888) 724-7240 (линия TTY: 1-800-855-7100). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (888) 724-7240 (линия TTY: 1-800-855-7100). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7200). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7200). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Libre ang mga serbisyo ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศพที่ไปที่หมายเลข (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศพที่ไปที่หมายเลข (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100)  
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (888) 724-7240 (TTY: 1-800-855-7100). Các dịch vụ này đều miễn phí.

## 차별금지 알림

차별은 위법입니다. 샌디에고 카운티는 연방과 주 단위 시민권 법을 따릅니다. 샌디에고 카운티는 사람들을 성별, 인종, 피부색, 조상, 출신국, 민족집단 정체성, 연령, 정신장애, 신체장애, 의료 상태, 유전자 정보, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 또는 성적 취향을 이유로 불법적으로 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

샌디에고 카운티가 제공하는 내용입니다:

- 장애가 있는 사람들에게는 효율적인 의사소통을 돋기 위해 다음과 같은 보조장치와 서비스를 무료로 제공합니다:
  - 유자격 수어 통역사
  - 여러 양식의 문서로 된 정보(큰 활자체, 점자, 음성 또는 접근 가능한 전자 양식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 사람들에게는 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다:
  - 유자격 통역사
  - 다른 언어로 작성된 안내

이러한 서비스가 필요하다면 하루 24시간, 주 7일 이용 가능한 접근 및 위기 전화(888) 724-7240를 이용하세요. 듣기와 말하기가 쉽지 않다면 711에 전화하시기 바랍니다. 요청하시면 귀하는 이 문서를 점자, 큰 글자, 소리, 또는 접근 가능한 전자 양식으로 작성할 수 있습니다.

### 고충제기 하는 방법

샌디에고 카운티가 성별, 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신국, 민족집단 정체성, 연령, 정신장애, 신체장애, 의료 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 또는 성적 취향을 근거로 하여 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 다른 방식으로 불법적인 차별을 한다고 믿는다면 다음과 같은 옹호 기관에 고충을 제기할 수 있습니다. 고충은 전화, 서면 접수, 직접 방문, 혹은 전자 방식으로 제기할 수 있습니다:

- 전화:
  - 입원 환자 그리고/또는 체류형 서비스에 대한 고충 접수에서 도움이 필요하다면, 유대인 가족 서비스(**JFS**) 환자 옹호 프로그램 연락처 619-282-1134 또는 1-800-479-2233을 이용하실 수 있습니다.
  - 외래 환자서비스에 대한 고충처리에서 도움이 필요하다면, 건강 교육 및 옹호를 위한 소비자 센터(**CCHEA**)의 무료 전화번호 (877) 734-3258 (TTY 1-800-735-2929)에 연락하실 수 있습니다.

- 듣기와 말하기가 쉽지 않다면 711에 전화하시기 바랍니다.
- 서면 작성: 고충 양식에 기입하거나 서한을 작성하여 다음 주소로 보내십시오:
  - 입원 환자 그리고/또는 체류형 서비스:  
Jewish Family Service of San Diego  
Joan & Irwin Jacobs Campus  
Turk Family Center Community Services Building  
8804 Balboa Avenue  
San Diego, CA 92123
  - 외래 환자 서비스:  
Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCHEA)  
1764 San Diego Avenue, Suite 100  
San Diego, CA 92110
- 직접 방문: 담당 의사의 진료소 또는 샌디에고 카운티 계약 의료전문인 사이트에 방문하여 불만을 제기하고 싶다고 하십시오.
- 전자방식: 아래에 있는 웹사이트에 방문하세요:
  - 입원 환자 그리고/또는 체류형 서비스:  
샌디에고 유대인 가족 서비스: <https://www.jfssd.org/our-services/adults-families/patient-advocacy/>
  - 외래 환자 서비스:  
건강 교육 및 옹호를 위한 소비자 센터(CCHEA):  
<https://www.lassd.org/mental-health-and-substance-abuse-patients-rights/>

---

## 시민권 사무국 – 캘리포니아주 보건의료 서비스부

귀하는 또한 캘리포니아주 보건의료 서비스부, 시민권 사무국에 전화, 서면, 혹은 전자방식으로 고충을 제기할 수 있습니다:

- 전화: 전화 **916-440-7370**. 듣기 또는 말하기가 어렵다면 **711 (캘리포니아주 중계 서비스)**에 전화하시기 바랍니다.
  - 서면 작성: 고충 양식을 작성하거나, 다음 주소로 서한을 발송하세요:  
**Department of Health Care Services - Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**  
고충 양식을 구하는 곳:  
<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>.
  - 전자방식: 이메일을 보내는 곳: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- 

## 시민권 사무국 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신국, 나이, 장애 또는 성별로 인한 차별을 받았다고 생각한다면, 귀하는 또한 전화, 서면, 혹은 전자방식으로 미국 보건복지부 시민권 사무국에 시민권 고충을 제기할 수 있습니다:

- 전화: 전화 **1-800-368-1019**. 듣기와 말하기가 쉽지 않다면 **TTY/TDD 1-800-537-7697**에 전화하시기 바랍니다.
- 서면 작성: 고충 양식을 작성하거나, 다음 주소로 서한을 발송하세요:  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**
- 고충 양식을 구하는 곳: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 전자방식: 시민권 고충 포털 방문은 이곳에서 하십시오:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>