



FACT SHEET

미국 보건 복지부 • 민권 담당국

민권 담당국에 건강 정보

사생활 침해 항의서를 제출하는 방법 G

HIPAA 사생활 규정에 따라야 하는 개인, 기관 또는 단체(이하 "규정 준수 의무자/단체")가 귀하(또는 다른 사람)의 건강 정보 사생활권을 침해하였거나 기타 사생활 보호 규정을 위반한 경우, 민권 담당국(Office for Civil Rights, 이하 "OCR")에 항의서를 제출할 수 있습니다. OCR은 사생활 보호 규정과 관련하여 규정 준수 의무자/단체를 상대로 한 항의서를 받아 이를 조사할 권한이 있습니다. 규정 준수 의무자/단체는 건강 플랜, 건강 관리 조직 및 특정 건강 관리 거래를 전자적으로 행하는 모든 건강 관리 제공자입니다. 사생활 보호 규정에 관한 보다 자세한 정보는 자주 나오는 질문(FAQs)에 대한 저희의 답변과 저희의 사생활 보호 안내문을 보십시오. (이 양식의 가장 아래 부분 근처에 있는 인터넷 링크를 참조하십시오.)

OCR에 제출할 항의서는 반드시 (1) 필요한 사항이 기입되어 편지나 전자 형태로 서면화되어야 하며, (2) 항의의 대상이 되는 사람/단체 이름이 적혀 있고 해당되는 사생활 보호 규정 요건을 위반한 행위나 부작위가 설명되어 있고, 그리고 (3) 항의하는 행위나 부작위가 발생된 것을 알게 된 날짜로부터 180일 이내에 제출되어야 합니다. 이 180일의 기간은 "정당한 이유"를 제시하는 경우, OCR이 연장해 줄 수 있습니다. 주장된 위반이 2003년 4월 14일 당일 또는 이후 (소규모 건강 플랜의 경우 2004년 4월 14일 당일이나 이후) 발생된 경우에만 OCR이 조사 권한을 갖습니다.

누구나 **우편, 팩스 또는 이메일**로 OCR에 서면 항의서를 제출할 수 있습니다. 항의서를 작성하는 데 도움이 필요하거나 항의서 양식에 관해 문의사항이 있는 경우, OCR의 무료 전화번호인 1-800-368-1019로 전화하십시오. OCR의 지역 사무국은 10개가 있으며, 각 지역 사무국은 특정 주들을 관할합니다. 항의서는 **주장되는 위반이 발생된 지역에 따라** 그 지역을 관할하는 해당 OCR 지역 사무국으로 보내셔야 합니다. 이 정보 안내서의 끝부분에 나와 있는 [OCR 지역 사무국 목록](#)을 이용하시거나 [지역 사무국 지도](#)를 보고 어디로 항의서를 보내야 할지 판단하는 데 도움을 받으십시오. 항의서는 해당되는 OCR 지역 담당국의 국장 앞으로 보내셔야 합니다.

항의서는 모든 서면화된 형태로 보낼 수 있습니다. 저희는 저희 부서의 웹 사이트나 OCR 지역 사무국에서 찾으실 수 있는 OCR 건강 정보 사생활 침해 항의서 양식을 이용하실 것을 권장합니다. 원하시는 경우, 귀하가 원하시는 형태로 서면 항의서를 작성해 제출하셔도 됩니다. 그러한 경우, 서면 항의서에 꼭 다음 정보를 포함하도록 하십시오:

귀하의 이름, 전체 주소, 자택 및 직장 전화번호, 이메일 주소.

다른 사람을 위해 항의서를 제출하는 경우, 대신해 제출해 주는 사생활권을 침해 받은 사람의 이름도 적으십시오.

귀하(또는 다른 사람)의 건강 정보 사생활권을 위반했거나 기타 사생활 보호 규정을 위반했다고 생각하는 개인, 기관 또는 단체의 이름, 전체 주소, 전화번호. G

무슨 일이 일어났는지 간략하게 적으십시오. 귀하(또는 다른 사람)의 건강 정보 사생활권이나 사생활 보호 규정이 어떻게, 왜, 언제 침해 또는 위반되었다고 생각하십니까? G

그 외 모든 적절한 정보. G

항의서에 서명하고 날짜를 적으십시오. G

다음 정보의 제공은 선택 사항입니다: G

저희가 이 항의서에 관련하여 귀하와 의사소통 할 때 특별히 편의를 봐드려야 할 필요가 있습니까? G

귀하에게 직접 연락이 되지 않는 경우, 연락되도록 도와줄 수 있는 연락자가 있습니까? G

다른 곳에 항의서를 제출하셨습니까? G

1996년 건강 보험 이전 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 근거하여 만들어진 사생활 보호 규정은 규정을 침해했다고 주장된 당사자가 OCR에 항의서를 제출하는 자에게 보복 행위를 하는 것을 금지하고 있습니다. 보복 행위가 발생하는 경우, 즉시 OCR에 알려야 합니다.

OCR에 항의서를 제출하시려면, 다음 중 하나의 방법을 이용하십시오. 항의서를 우송하거나 팩스 전송하는 경우에는, 위의 지시방법에 따라 정확히 어느 지역 사무국으로 항의서를 보내야 하는지 판단하도록 하십시오.

옵션 1: PDF 파일 형태로 된 [건강 정보 사생활 침해 항의서 양식](#)을 열어 (Adobe Reader 소프트웨어가 필요함) 인쇄한 후 작성합니다. 작성된 항의서를 해당 OCR의 지역 사무국으로 우송 또는 팩스 전송 합니다.

옵션 2: Microsoft Word 파일 형태로 된 [건강 정보 사생활 침해 항의서 양식](#)을 컴퓨터에 다운로드 해 Microsoft Word를 이용하여 양식을 작성, 저장합니다. 키보드의 Tab과 Shift/Tab을 이용하여 양식의 각 항목으로 이동하며 작성합니다. 그런 다음 (a) 작성된 양식을 인쇄하여 해당 OCR 지역 사무국으로 우송 또는 팩스 전송하거나, 또는 (b) 양식을 OCRComplaint@hhs.gov로 이메일에 의해 OCR로 보냅니다.

옵션 3: OCR이 제공하는 건강 정보 사생활 침해 항의서 양식을 이용하지 않기로 결정하시는 경우 (저희는 이용하실 것을 권장합니다), 위에 나온 열거된 정보를 제공하고 (a) 편지나 팩스를 해당되는 OCR의 지역 사무국으로 보내시거나, (b) OCRComplaint@hhs.gov로 이메일에 의해 OCR로 보내십시오.

일반적인 건강 정보 사생활 보호에 관한 의문사항에 대한 답변이 필요하시면, 저희 부서의 자주 나오는 질문(FAQs)을 보십시오. 그래도 도움이 필요하신 경우에는 OCR의 무료 전화번호인 1-866-627-7748로 전화하시면 됩니다. 앞으로 FAQs에 포함되었으면 하는 제안이 있으신 경우, OCRPrivacy@hhs.gov로 이메일을 보내셔도 됩니다. 이러한 이메일은 개별적으로 응답되지 않습니다.

웹 사이트: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>

OCR 지역 사무국 주소

<p>지역 I - CT, ME, MA, NH, RI, VT Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services JFK Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203 전화: (617) 565-1340; TDD: (617) 565-1343 팩스: (617) 565-3809</p>	<p>지역 VI - AR, LA, NM, OK, TX Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169 Dallas, TX 75202 전화: (214) 767-4056; TDD: (214) 767-8940 팩스: (214) 767-0432</p>
<p>지역 II - NJ, NY, PR, VI Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 26 Federal Plaza - Suite 3313 New York, NY 10278 전화: (212) 264-3313; TDD: (212) 264-2355 팩스: (212) 264-3039</p>	<p>지역 VII - IA, KS, MO, NE Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 601 East 12th Street - Room 248 Kansas City, MO 64106 전화: (816) 426-7277; TDD: (816) 426-7065 팩스: (816) 426-3686</p>
<p>지역 III - DE, DC, MD, PA, VA, WV Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 전화: (215) 861-4441; TDD: (215) 861-4440 팩스: (215) 861-4431 FAX</p>	<p>지역 VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 1961 Stout Street - Room 1426 Denver, CO 80294 전화: (303) 844-2024; TDD: (303) 844-3439 팩스: (303) 844-2025</p>
<p>지역 IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70 Atlanta, GA 30323 전화: (404) 562-7886; TDD: (404) 331-2867 팩스: (404) 562-7881</p>	<p>지역 IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, 미국령 태평양 도서 관할권 Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 전화: (415) 437-8310; TDD: (415) 437-8311 팩스: (415) 437-8329</p>
<p>지역 V - IL, IN, MI, MN, OH, WI Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 233 N. Michigan Ave. - Suite 240 Chicago, IL 60601 전화: (312) 886-2359; TDD: (312) 353-5693 팩스: (312) 886-1807</p>	<p>지역 X - AK, ID, OR, WA Office for Civil Rights U.S. Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 전화: (206) 615-2290; TDD: (206) 615-2296 팩스: (206) 615-2297</p>