

장기 보호
민원 조사 계획
**(Long Term Care
Ombudsman Program,**
음부즈맨 사업) (Korean)



장기 보호 시설에
있는 분들을 위한

거주자의 권리

귀하는 일리노이주
장기 보호 시설의 거주자로서,
주 및 연방법에 의한 권리,
자기 보호 및 특권을 가지고 있습니다.



George H. Ryan
Governor



ILLINOIS
Department
on **Aging**

Margo E. Schreiber
Director

1. 안전과 알맞은 보호에 대한 귀하의 권리

귀하가 머물고 있는 시설은, 귀하의 신체와 정신 건강을 향상시키고, 유지하게 하는 봉사활동을 제공해야 합니다.

귀하의 시설은 깨끗해야 하며, 상쾌한 실내 온도를 유지해야 합니다.

아무도 귀하를 이용할 수 없습니다. 그 누구도 신체적으로, 언어로, 정신적으로, 혹은 성적으로 귀하를 괴롭힐 수 없습니다.

귀하가 허락하지 않는 한, 안전을 이유로 귀하를 의자나 침대에 묶어둘 수 없습니다.

귀하의 기분을 전환하거나 생각하는 방법을 변화시키려고 할 때, 오직 귀하가 허락할 경우에만, 약을 복용할 수 있습니다.

2. 귀하 자신의 보호에 대해 참여할 권리

귀하의 시설은 귀하에게 줄 수 있는 모든 봉사과 귀하가 기대할 수 있는 모든 것을 기재한 계획서를 꼭 장만해야 합니다. 귀하의 시설은 귀하의 필요와 선택에 알맞은 노력을 해야 합니다.

귀하의 보호 계획이 결정되는 회의에 귀하가 참석할 수 있습니다.

귀하의 보호 계획 회의에 참석할 가족이나, 친구 또는 대리인을 귀하가 선정할 수 있습니다.

귀하는 자신의 의사를 선정할 권리를 갖고 있습니다. 귀하가 메디케이드나 메디케어 또는 개인 보험에 들어 있지 않을 때는 의사 비용을 본인이 지불해야 합니다.

귀하의 시설은 귀하를 살펴 볼 책임있는 의사 이름과 전문 과목, 연락 방법등을 제시해야 합니다.

귀하는 귀하의 담당 의사가 허락하는 경우에 한해, 복용하는 약품에 대해 책임 질 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 어떤 의학적 치료라도 거부할 권리가 있습니다. 만일 귀하가 치료를 거부하면, 귀하의 시설은 귀하의 치료 거부로 인해 생길 가능성이 있는 일들과 다른 가능한 치료방법을 귀하에게 알려줘야 합니다.

귀하는 귀하가 이해하는 언어로 귀하의 의학적인 상태와 치료에 관해서 완전한 정보를 받을 권리가 있습니다.

귀하는 유언서나 건강 보호를 위한 믿을 만한 위임장을 작성할 권리가 있습니다. 그래서 귀하가 더 이상 말을 할 수 없게 되었을 때, 당신의 의견을 시설이 알 수 있도록 하는 것입니다.

귀하는 여하한 실험적 치료에도 참여할 것을 거부할 수 있습니다. 귀하의 허락없이 그 누구도 귀하에 관한 정보를 연구목적으로 사용할 수 없습니다.

귀하의 시설은 귀하가 요구하면, 24 시간 이내에 귀하의 의료기록을 볼 수 있도록 허용해야 합니다. 귀하는 의료기록을 복사하는 비용을 내고 그 기록을 구입할 수 있습니다. 그 복사본을 받는데는 2,3 일 정도가 소요됩니다.

귀하의 시설은 귀하에게 일하도록 요구할 수 없습니다.

귀하는 귀하의 이동 계획서를 의사, 시설 관리인, 간호사에게 제시한 후, 그 시설에서 나갈 권리가 있습니다.

3. 사생활에 대한 권리

귀하의 의료 및 사적인 보호에 관한 것은 사생활입니다. 귀하가 검사나 보호를 받고 있을 때 시설 직원은 귀하의 사생활을 존중해야 합니다.

시설 직원이 귀하의 방으로 들어오기 전에는 반드시 노크를 해야 합니다.

귀하의 시설은 귀하가 치료를 받게 될 병원이나 보건 기관에만 귀하의 허락없이 귀하에 관한 정보를 제공할 수 있습니다.

귀하의 의사가 의료적 이유때문에 방문을 제한하는 경우가 아니면, 귀하는 개인적 방문을 할 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 어떤 방문객이든 언제든지 귀하의 방에서 떠나라고 요구할 수 있습니다.

귀하는 사적인 전화를 걸 수가 있고, 받을 수 있습니다.

귀하의 시설은 귀하의 우편물을 배달하거나 발송해야 합니다. 귀하의 시설은 귀하의 우편물을 개봉하지 않아야 합니다.

만일 귀하가 결혼했으면 귀하와 귀하의 배우자는, 두 사람을 위한 방이 없는 경우이거나, 의사가 의료 이유 때문에 한 방을 함께 사용하지 말라고 권유한 경우가 아니면, 한 방을 같이 쓸 권리가 있습니다.

4. 돈에 관한 귀하의 권리

귀하는 자신의 돈을 관리할 권리를 가지고 있습니다. 귀하의 시설은 귀하가 허락했을 때만 귀하의 돈을 관리하고 사회보장 지불을 대신 할 수 있습니다.

귀하가 메디케이드나 메디케어 일을 하고 있는 귀하의 시설에 귀하의 돈을 대신 관리해 달라고 요청했을 때 귀하의 시설은 이를 해주어야 합니다.

귀하의 시설이 귀하의 돈을 관리할 때는

- 돈을 사용하기 전에 꼭 귀하의 허락을 받아야 하며
- 적어도 3개월에 한 번씩은 귀하의 계좌에 입금된 돈과 출금된 돈을 각각 기입한 계산서를 귀하에게 제출해야 합니다.
- 만일 귀하가
 - 메디케이드 시설에 거주하고, 50 달러 이상의 돈을 소유하고 있거나
 - 허가 받은 사람만이 거주할 수 있는 시설에 살고, 100 달러 이상을 소유하고 있다면귀하는 이자가 붙는 은행 계좌에 돈을 입금시켜야 합니다.

만일 귀하의 시설이 귀하의 돈을 관리하고 귀하가 메디케이드를 받고 있다면, 귀하의 저축액이 메디케이드 한도액인 200 달러 이하로 떨어지는 경우, 시설이 귀하에게 이 사실을 알려야 합니다.

만일 귀하가 사망하게 될 때는, 귀하의 시설이 귀하가 사망한 후 30 일 이내에 귀하의 가족 (혹은 돈에 대한 책임을 지고 있는 사람)에게 시설에서 관리하고 있는 귀하의 돈에 대한 최종 보고를 해야 합니다.

귀하는 언제든지 자신의 재산 내역을 확인할 수 있습니다.

5. 귀하의 개인 재산에 대한 권리

귀하는 본인의 의복을 소유하고 입을 권리가 있습니다.

장소만 충분하다면, 귀하는 가구를 비롯해 자신의 재산을 소유하고 사용할 수 있습니다.

귀하의 시설은 귀하의 작고 귀중한 물품을 보관할 수 있는 안전한 장소를 갖고 있어야 합니다.

귀하의 시설은 귀하의 재산이 분실되거나 도난당하는 일이 없도록 항상 노력해야 합니다. 만일 귀하의 재산이 분실됐을 때는 찾을 수 있도록 최선을 다해야 합니다.

6. 귀하의 보호에 대해 지불할 권리, 그리고 메디케어와 메디케이드를 받을 수 있는 권리

만일 귀하가 귀하의 시설에서 받는 보호의 일부분이나 전체에 대해 비용을 지불하고 있다면, 귀하의 시설은 귀하에게 어떤 봉사활동을 제공하고 있으며, 그 비용이 얼마인지 설명하는 계약서를 주어야 합니다. 그 계약서에는 경상비가 아닌 추가 비용까지 기재되어야 합니다.

귀하 자신이 비용을 지불할 수 없을 때, 귀하의 시설이 어떤 다른 사람에게 귀하에 대한 비용을 지불하도록 청구할 수 없습니다. 대리 지불은 귀하가 돈을 관리하도록 다른 분을 이미 선임했을 때만 가능합니다.

귀하는 메디케이드나 메디케어를 신청할 권리가 있습니다. 귀하의 시설은 메디케이드 및 메디케어 신청방법과 ‘가난한 배우자 지원 (spousal impoverishment)’에 관한 정보를 제공해야 합니다. 가난한 배우자 지원 규정은 귀하가 귀하의 배우자로부터 돈이나 재산을 받을 수 있으며, 메디케이드를 받을 자격이 있다는 것을 의미합니다.

만일 귀하가 메디케이드를 받고 있다면, 메디케이드가 지불하고 있는 것에 대해서는 귀하의 시설이 귀하에게 비용지불을 요청할 수 없습니다. 시설은 메디케이드가 어떤 물건과 봉사활동에 비용을 지불하는지 그 목록을 귀하에게 제공해야 합니다. 그리고 어떤 물건과 비용에 대해서는 귀하가 비용을 지불해야 하는지 알려주어야 합니다.

7. 귀하의 시설에 머물수 있는 권리

귀하의 시설이 폐쇄되거나, 귀하가 청구서에 대해 지불을 하지 않는 경우, 또는 귀하가 자신이나 타인에게 위험한 존재가 되었을 때, 혹은 어떤 의학적 이유가 있는 경우가 아니라면, 귀하는 귀하의 시설에서 계속 살 권리가 있습니다.

만일 귀하의 시설이 귀하가 그 시설에서 떠나기를 원한다면 서면으로 통고문을 보내야 합니다. 그 통고문은 다음과 같습니다.

- 메디케어나 메디케이드 시설로부터 귀하가 떠나기를 원하는 날의 30 일 이전에 통고문을 주어야 하며,
- 주의 허가를 받은 시설로부터 귀하가 떠나기를 원하는 날의 21 일 이전에 그 통고문을 주어야 하며,
- 왜 귀하의 시설이 귀하가 떠나기를 원하는지 귀하에게 말해야 하며,

- 일리노이주 보건국에게 어떻게 항소할 수 있는지 그 방법을 알려야 하며,
- 항소하고자 할 때 사용할 수 있는 우표와 주소가 있는 봉투가 포함되어 있어야 합니다.

만일 귀하의 시설이 귀하가 떠나기를 원한다면, 귀하는 이를 일리노이주 보건국에 항소할 수 있는 권한이 있습니다. 귀하가 항소하기를 원하면,

- 보건국의 청문회 직원이 귀하의 시설에 찾아와서, 왜 귀하는 시설에 머물러 있고자 하며, 왜 귀하의 시설은 귀하가 떠나가야 한다고 믿고 있는지 물어 볼 것입니다.
- 일반적인 경우는, 보건국에서 귀하의 항소 결과를 결정할 때 까지, 귀하의 시설은 귀하를 내보낼 수 없습니다.

귀하의 시설이 귀하를 다른 곳으로 이전시키거나 퇴거시키기 전에, 귀하가 알맞은 곳으로 이동하게 되며, 안전하게 퇴거한다는 것을 확인해야 합니다.

만일 귀하가 메디케이드를 신청중이거나 현재 메디케이드를 받고 있는 중이라면 ‘메디케이드 침대’가 있는 그 시설을 강제로 떠나게 하지는 못합니다. 메디케이드 침대가 몇 개나 있는지 그 시설에 물어보는 것이 중요합니다.

귀하의 시설이 귀하에게 떠나라고 결정한 경우에 귀하가 이를 항소하기 위해 장기 보호 민원 조사관에게 도움을 요청할 수 있습니다. **1-800-252-8966** (음성 혹은 TTY)으로 전화하십시오.

만일 귀하가 발달장애나 정신병을 앓고 있다면, 귀하의 시설이 귀하가 떠나도록 결정한 것을 항소하기 위해 평등 사회 공사(Equip for Equality Inc.)에 도움을 요청할 수 있습니다. **1-800-537-2632** 로 전화하십시오.

귀하의 시설이 귀하가 돌아오지 못한다는 서명통지를 보낸 경우가 아니라면, 귀하는 병원 진료를 받은 후에 귀하의 시설로 돌아올 수 있습니다. 만일 귀하가 메디케이드를 받고 있으며 병원에 10일 이내 동안 입원해 있었다면, 귀하의 시설은 귀하가 돌아오도록 해야 합니다. 만일 귀하가 10일 이상 병원에 입원한 경우, 귀하를 위한 방이 있고, 귀하가 아직도 같은 종류의 보호를 필요로 하고 있다면, 귀하의 시설은 귀하가 돌아오게 해야 합니다.

만일 귀하의 방이나 동숙자가 변경 되었을 때는 (메디케이드나 메디케어 시설에 한함) 귀하는 사전에 그 사실을 통고 받을 권리가 있습니다.

8. 시설 거주자로서 귀하가 갖고 있는 권리

장기 보호 시설에 살아도, 귀하의 헌법상 권리는 상실되지 않습니다.

귀하가 미국 시민이면, 귀하는 본인의 선택에 따라 후보자에게 투표할 수 있는 선거권이 있습니다.

귀하의 참여가 다른 거주자들의 권리를 침해하지 않는 한, 귀하는 사회 및 지역 활동에 참여할 권리가 있습니다.

귀하는 종교의 자유가 있습니다. 귀하가 비용 지불에 동의하는 한 (귀하의 특별 교통비등) 귀하가 부탁한다면, 귀하의 시설은 귀하가 택한 종교행사에 참여하는 편의를 제공해야 합니다.

만일 귀하가 건강 보호를 위한 영구 위임장을 가지고 누군가를 지명했다면, 그 분이 귀하 대신 결정할 권리를 갖게 됩니다. 만일 법정이 귀하를 위해 법정 보호인을 임명했다면 그 분은 귀하를 위해 결정할 권리를 갖습니다.

귀하는 다른 거주자와 함께 거주자 회의에 참여할 권리가 있습니다. 귀하의 시설은 거주자 회의에서 정한 관심사에 응답해야 합니다.

귀하의 시설은 일리노이주 보건국이 행한 각종 검사 보고서와 문제 해결을 위해 시설이 소유하고 있는 계획서를 귀하가 볼 수 있도록 해야 합니다.

귀하는 장기 보호 계획의 민원 조사관, 지역 사회 기관, 사회 봉사자, 그리고 법률 고문들과 만날 권리가 있습니다. 이 단체들의 대표는 귀하에게 봉사하거나, 권리를 이야기 해주기 위해, 또는 귀하의 권리를 도와주기 위해 시설에 찾아올 수도 있습니다.

귀하는 귀하의 시설에 대해 불평할 권리도 있고, 단기간내에 그 반응을 살펴볼 수 있는 권리도 있습니다. 귀하의 시설은 귀하가 불만을 가졌다고 해도, 어떤 방법으로도 귀하를 위협하거나 벌할 수 없습니다.

귀하는 아래의 기관에게 불평할 수 있는 권리가 있습니다.

- 장기 보호 계획의 민원 조사관(Long Term Care Ombudsman), 1-800-252-8966 (음성 녹음 혹은 TTY)
- 정신병이나 발달 장애가 있는 분들을 위한 평등 사회 공사 (Equip for Equality Inc.) 1-800-537-2632 (음성 녹음 혹은 TTY)
- 일리노이주 보건국 1-800-252-4343 이나 1-800-547-0466 (음성 녹음 혹은 TTY)

만일 귀하의 시설이 이 책자에 실린 귀하의 권리를 부인하고, 시설에 문제가 있다고 생각되시면, 다음과 같이 행동하십시오.

1. 문제가 있다고 말하십시오. 무엇이 잘못되었으며, 언제 발생했는지, 누가 그 일에 관계되어 있으며, 그 일이 생긴 것을 보았는지 알려십시오.
2. 당신을 보호하는 믿을 수 있는 사람들에게 문제에 관해 말하십시오. 결정을 내리는 최고 권위자, 예를 들면, 관리자, 주임 간호사, 의사 혹은 사회사업가에게 말하십시오.
3. 거주자 회의에 도움을 청하십시오. 이 거주자 회의는 거주자의 이름을 대지 않고, 거주자의 불평을 시설에 말할 수 있습니다.
4. 만일 귀하나 거주자 회의가 문제 해결을 위해 도움이 필요하다면 장기 보호 민원 조사관에게 도움을 요청할 수 있습니다. 이 장기 보호 민원 조사관은 비밀리에 도움을 줄 수 있습니다. (그들은 이름을 낼 필요가 없습니다) 장기 보호 계획의 민원 조사관 (Long Term Care Ombudsman), 1-800-252-8966 (음성 녹음 혹은 TTY)으로 전화하십시오.
5. 평등 사회 공사는 신체 발육관계의 병이나 정신병이 있는 사람들에게 보호와 지원을 아끼지 않습니다. 1-800-537-2632 (음성 녹음 혹은 TTY) 으로 전화하십시오.
6. 귀하는 일리노이주 보건국에 불평을 항소할 수 있습니다. 일리노이주 보건국은 귀하의 불평을 조사할 것입니다. 만일 시설이 잘못했으면, 잘못된 사항을 시정해야 합니다. 일리노이주 보건국 1-800-252-4343(음성 녹음) 혹은 1-800-547-0466 (TTY) 으로 전화하십시오.

발육장애가 있는 장애자의 중간 보호 시설 거주자들은 이 책자에 기재된 권리와는 다른 권리를 갖고 있습니다. 발육 장애자의 중간 보호 시설 거주자의 권리 책자를 받고 싶으시면, 전화 1-800-252-8966 장기 보호 민원 조사관에게 연락하십시오.

일리노이주 노인국

Illinois Department on Aging
421 East Capitol Ave., #100
Springfield, IL 62701-1789
217-785-3356 FAX: 217-785-4477
World Wide Web: <http://www.state.il.us/aging/>

연장자 비상전화: 1-800-252-8966
월요일부터 금요일까지
오전 8시 30분-오후 5시까지
저녁과 밤시간대, 주말, 공휴일에는
1-800-279-0400 로 전화하십시오.

일리노이주 노인국에서 실시하는 사업, 행사 및 취업기회는 주법과 연방법에 따라 평등하게 부여됩니다. 만약 당신이 차별을 받았다고 생각되면 노인국에 불만사항을 신고할 수 있습니다. 자세한 정보를 얻고 싶으면 연장자 비상전화 1-800-252-8966 (음성 혹은 TTY)으로 전화하십시오.

PRINTED BY AUTHORITY of the STATE OF ILLINOIS. (Korean) 10,000 11/01
Printed by the Department of Public Health with dollars from civil money penalties.