



## 정신 건강에 대한 통역사 및 번역사

### 1. 내 정신 건강 서비스 제공자가 모국어를 하지 못하면 어떻게 합니까?

통역사나 번역사를 요청하실 수 있습니다. 이 서비스는 필수적인 것으로 귀하께서는 제공자로부터 서비스의 혜택을 동등하게 받으실 수 있으며 제공자가 이를 거부할 시 차별행위에 해당됩니다.

### 2. 통역사와 번역사의 차이점은 무엇입니까?

통역사는 말을 통해 모국어를 영어로 또는 그 반대로 의사를 전달 해 주며 번역사는 쓰여진 글을 통해 모국어를 영어로 또는 그 반대로 의사를 전달합니다.

### 3. 누가 통역사 또는 번역사를 제공해야 합니까?

카운티와 계약을 맺은 제공업체를 포함하여 공공 및 민간 정신건강 서비스 의료기관들은 이를 제공해야 합니다.

#### 4. 통역 또는 번역 서비스는 무료입니까?

네.

#### 5. 통역사 또는 번역사를 구하는 가장 좋은 방법은 무엇입니까?

귀하의 정신건강 서비스 제공업체에 요청하십시오. 최초 약속을 정할 때에 통역사를 요청할 수 있습니다. 이를 통해 의료기관 방문 시, 통역사를 이용하실 수 있습니다.

의료기관에서는 귀하에게 통역사 또는 번역사를 구하는 방법을 설명해야 합니다. 이 정보는 대기 장소나 사무실에 게시되어야 합니다. 원하는 바를 얻지 못하면, 서면으로 요청하십시오. 기록을 위해 사본을 보관하십시오. 더 자세한 정보는 아래 15~20번 문항을 참조하십시오.

#### 6. 누가 통역사 또는 번역사가 될 수 있습니까?

통역사 또는 번역사는 영어 및 귀하의 주 언어에 유창해야 합니다. 통역사 또는 번역사는 정신 건강 용어 또는 개념을 알아야 합니다. 통역사 또는 번역사는 귀하의 문화권에서 정신 장애가 어떻게 인식되는지를 알아야 하며 귀하의 정보를 보호하는 교육을 받아야 합니다.

#### 7. 의료기관이 내게 통역사 또는 번역사를 직접 대동하라고 요청할 수 있습니까?

아니요.

#### 8. 내 정신건강 기록에 통역사 또는 번역 서비스 필요에 대한 정보가 포함되어야 합니까?

네. 귀하의 의료기관은 귀하의 선호 언어와 귀하가 통역사 또는 번역사를 필요로 하는지 여부를 문서로 작성해야 합니다.

## 9. 언제 번역사를 이용할 권리가 생깁니까?

의료기관은 귀하의 주 언어가 “기준 언어” (threshold language)인 경우 자료를 번역해야 합니다. 귀하의 언어가 “기준언어” 대상인지의 여부는 해당 언어를 사용하는 카운티 내의 사람 수 또는 퍼센트에 따라 달라집니다. 메디칼 정신 건강(Medi-Cal Mental Health)의 경우, “기준 언어” 는 해당 카운티 내의 3,000명의 수혜자 또는 수혜자 중 5%가 사용하는 주 언어를 의미합니다. 다음 링크에서 메디칼 정신 건강 기준 언어(2011년 10월)를 찾아 보십시오: <http://www.dmh.ca.gov/dmhdocs/docs/notices11/Enclosure2.pdf>

## 10. 만약 내 언어가 “기준 언어”인지 찾아 보려면 어떻게 해야 합니까?

귀하의 주 언어가 기준 언어인지를 알아 보려면 해당 카운티의 정신건강부(에 전화하십시오. 각 카운티에는 귀하가 이용할 수 있는 무료 정신건강 전화번호(Mental Health Access Line)가 있습니다. 다음 링크에서 각 카운티의 정신건강 전화번호를 찾아 보십시오: <http://www.dmh.ca.gov/docs/CMHDA.pdf> 다른 민간 또는 공공 의료보험에서도 해당 정보를 보유해야하며 귀하께서, 해당 정보를 요청하실 수 있습니다.

## 11. 어떤 기록을 번역해야 합니까?

카운티 정신 건강 프로그램은 다음 서면 정보를 기준 언어로 번역해야 합니다.

- 가입자 서비스 핸드북 또는 브로셔
- 일반적인 통신문
- 수혜자의 불만 및 건의 사항에 관한 정보
- 수혜자 만족 설문조사
- 처방전에 대한 정보 동의서

- 개인 정보 보호 및 공개서
- 고객을 위한서비스 안내
- 정신 건강 교육 자료
- 번역된 자료를 배포하고 활용했음에 대한 증빙

다른 민간 또는 공공 건강 보험도 주법 및 연방법을 준수하기 위해 이러한 문서들을 번역해야 합니다.

## 12. 번역해야 할 다른 문서들이 있습니까?

네. 캘리포니아주법에 따라, 비자발적인 치료를 받는 사람들은 반드시 자기가 사용하는 주 언어로 통지를 받아야 합니다. 의료기관은 주법 및 연방법을 준수하기 위해 다음을 포함하는 다른 문서들을 번역해야 할 수도 있습니다.

- 서비스 신청서
- 기록 공개서
- 개별 서비스 또는 치료 계획
- 애프터케어 또는 퇴원 계획
- 서비스 제공과 청원권리에 대한 조치 통보

## 13. 내 의료기관이 기록 번역을 거부하면 어떻게 됩니까?

번역을 하지 않을 경우 주법 및/또는 연방법을 위반할 수도 있습니다. 아래 질문 15번을 참조하십시오. 어떠한 경우에도, 의료기관은 최소한 모든 서면 정보에 대해 구두로라도 통역을 해야 합니다.

## 14. 만약 내 언어가 “기준 언어”가 아닐 경우, 이러한 서류를 번역해야 할 권리가 있습니까?

상황에 따라 다릅니다. 비자발적 정신 건강 치료에 대한 통지문은 반드시 귀하의 주 언어로 제공되어야 합니다. 의료기관은 위의 질문 11번과 12번에 언급된 문서를 포함하여 다른 문서를 번역해야 할 수도 있습니다. 이 분야에 대한 법률은 여전히 논의 중이므로, 정확한 답변을 드릴 수가 없습니다.

## 15. 내 의료기관이 통역사 또는 번역사 제공을 거부하면 어떻게 합니까?

귀하의 의료기관에게 서면 서명서를 요청하고 통역사 및 번역사 서비스에 대한 의료기관의 서면 정책 사본을 요구하십시오. 의료기관의 고충처리 절차에 관해 문의하십시오. 주정부 기관 및 연방 정부 기관 등 외부기관에 불만을 제기할 수 있습니다. 외부기관에 불만을 제기하기 전에 내부 고충처리 제기가 필요한지 여부를 확인해야 합니다.

## 16. 내부 고충, 불만 및 소송에는 어떤 차이가 있습니까?

내부 고충은 의료기관에 직접 제출합니다. 일반적으로, 의료기관에 대한 책임을 맡고 있는 행정기관에 불만을 제기합니다. 소송은 법원에 제기합니다.

## 17. 고충 또는 불만 제기 시 어떤 정보를 포함해야 합니까?

고충 또는 불만에는 다음이 포함되어야 합니다.

- 귀하의 성명, 주소, 전화번호, 서명 및 날짜
- 의료기관 이름, 주소 및 전화번호
- 사건의 방법, 이유 및 발생시기 예를 들어, “본인은 2012년 5월 1일에 통역사 제공을 거부당했습니다. 정신과 의사가 이용 가능한 통역사가

없다고 말했습니다.”“I was denied an interpreter on May 1, 2012. The psychiatrist said that no interpreter was available.”)

귀하의 기록을 위해 사본을 보관하십시오. 귀하의 의료기관에서 면을 통해 문제를 제기하는 것이 얻는 가장 빠른 방법이 될 수도 있습니다. 아래에 논의된 주정부 기관이나 연방정부 기관에 불만을 제기하면 조사에 오랜 시간이 걸릴 수도 있습니다. 만약 귀하의 의료기관이 귀하의 요청을 거부하거나 무시한다면, 원하는 바를 얻기 위해 주 정부 또는 연방정부 기관에 불만을 제기할 것을 권장합니다.

## 18. 어느 주정부 기관에 불만을 제출할 수 있습니까?

귀하의 정신 건강 의료기관이 귀하의 국적 때문에 귀하를 차별하여 통역사 또는 번역사 서비스를 제공하지 않을 경우, 공정고용 주택국(DFEH, Department of Fair Employment and Housing)에 불만을 제기할 수도 있습니다. DFEH의 웹사이트 [www.dfeh.ca.gov](http://www.dfeh.ca.gov)를 방문하거나 (800)884-1684로 전화를 걸어 불만을 제기하기 위한 약속을 잡으십시오.

일반적으로, 공공 의료기관에 대한 불만을 주정부에 제기할 경우, 차별행위라고 생각한 행동이 일어난 날로부터 180일 이내에 제출해야 합니다. 민간 의료기관에 대한 불만을 주정부에 제기하는 경우는 차별행위일로부터 1년 이내에 제출해야 합니다. 문제 제기 시, 더 많은 정보를 얻기 위해 질문 20에 나열된 권익보호소에 연락을 취해야 합니다.

## 19. 어느 연방정부 기관에 불만을 제출할 수 있습니까?

연방 민간인 권리국 (OCR, Office of Civil Rights)에 불만을 제기할 수 있습니다. OCR의 웹사이트 [www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints)을 방문하거나 (800) 368-1019로 전화하십시오.

일반적으로, 연방정부에 불만을 제기할 경우, 차별행위라고 생각한 행동이 일어난 날로부터 180일 이내에 제출해야 합니다. OCR은 귀하가 “타당한 이유” (good cause)를 제시할 경우 180일 기한을 연장할 수도 있습니다. 질문 20에 나열된 권익보호소에 더 자세한 정보를 문의하십시오.

## 20. 지원을 받을 수 있는 권익보호소가 있습니까?

네. 카운티 정신건강 환자의 권익보호소(County Mental Health Patients' Rights Advocate)에 전화하실 수 있습니다. 다음 링크에서 카운티 환자의 권익보호소(County Patients' Rights) 목록을 보십시오 :

[http://www.disabilityrightsca.org/OPR/prd\\_directory.pdf](http://www.disabilityrightsca.org/OPR/prd_directory.pdf)

또한 Disability Rights California 1-800-776-5746으로 전화하실 수도 있습니다.

여러분의 의견을 듣고 싶습니다! 아래 자료를 읽으신 후 간단한 설문조사에 응하여 귀하의 피드백을 제공하여 주십시오.

영어: <http://fs12.formsite.com/disabilityrightsca/form54/index.html>

스페인어: <http://fs12.formsite.com/disabilityrightsca/form54/index.html>

차별을 없애기 위한 증상, 차별, 감소 및 개선정책 프로그램(APEDP, Stigma, Discrimination, Reduction and Advancing Policy to Eliminate Discrimination Program)은 유권자가 승인한 정신건강 서비스법(Mental Health Services Act) (Prop. 63)의 자금 지원을 받으며 캘리포니아 정신건강 서비스청(CalMHSA, California Mental Health Services Authority)의 관리를 받습니다. County MHSA는 개인, 가족 및 공동체를 위한 정신 건강 결과를 개선시키기 위한 카운티 정부의 조직인 CalMHSA를 자금지원합니다. CalMHSA는 주, 지역 및 현지 기반으로 서비스와 교육 프로그램을 운영합니다. 더 자세한 정보는 다음을 방문하십시오: <http://www.calmhsa.org>.

