

# 동의서

## CONSENT

**공지사항:** 보건사회부(DSHS)에서 수혜자와 수혜자의 가족을 잘 아는 기관(들)이나 전문가(들)와 협력할 때 보다 나은 서비스를 제공할 수 있게 됩니다. 본 동의서에 서명하는 것은 DSHS와 아래에 기술된 기관이나 개인에게 수혜자 자신에 관한 기밀 정보에 대한 사용 혹은 공유 권한을 부여하는 것이 됩니다. 수혜자격을 결정하는 데 해당 수혜자의 동의가 필요한 경우를 제외하고는 수혜자가 본 동의서 서명하지 않았다고 하여 DSHS에서 수혜자의 혜택을 거절할 수는 없습니다. 수혜자가 본 동의서에 서명하지 않아도 DSHS에서는 법이 허용하는 범위 내에서 수혜자에 관한 개인 정보를 다른기관과 공유할 수 있습니다. DSHS에서 수혜자의 개인 기밀정보를 어떻게 사용하는지 혹은 사생활보호권에 관해 질문이 있으시면 DSHS Notice of Privacy Practices를 참고하시거나 이 동의서를 제공한 직원에게 문의하시기 바랍니다.

### 신상정보:

성명	생년월일	ID번호
주소	시	주 우편번호
전화번호(지역번호포함)	기타 정보	

### 동의사항:

본인은 DSHS에서 본인을 위한 서비스 계획, 제공, 조정, 치료, 지급 및 혜택 혹은 법이 허용하는 용도를 위해 본인에 관한 개인기밀 정보를 사용하는 것을 동의합니다. 나아가 본인은 이들 용도를 위해 본인에 관한 개인 정보를 DSHS와 아래 기관(들), 서비스 제공기관 및 그 밖의 개인(들)에게 사용하고 그들과 공유할 수 있도록 그 권한을 부여합니다. 해당 정보(들)는 구두로, 컴퓨터자료로, 우편으로 혹은 인편으로 전달되어 공유할 수 있습니다.

DSHS의 이 동의서에 포함되는 모든 해당 기관에 체크하고 이름(기관명)과 주소를 기재하십시오.

- Health care providers (건강관리기관): \_\_\_\_\_
- Mental health care providers (정신건강관리기관): \_\_\_\_\_
- Chemical dependency service providers (마약치료기관): \_\_\_\_\_
- Other DSHS contracted providers (기타 DSHS 계약기관): \_\_\_\_\_
- Housing programs (하우징 프로그램): \_\_\_\_\_
- School districts or colleges (교육구 혹은 대학교): \_\_\_\_\_
- Department of Corrections (교도부): \_\_\_\_\_
- Employment Security Department and its employment partners (고용안정부 및 고용안정부의 협력기관): \_\_\_\_\_
- Social Security Administration or other federal agency (사회보장국 또는 기타 연방기관): \_\_\_\_\_
- 첨부목록참고
- 기타: \_\_\_\_\_

본인은 아래 해당 기록이나 정보 공유를 허용하며 이에 동의합니다(모든 해당사항에 체크하십시오):

- 본인에 관한 모든 기록(부)
- 첨부 목록상에 있는 자료(들)
- 공유할 수 있는 자료(들)
  - 가정, 사회 및 직업 내역
  - 건강관리정보
  - 치료 혹은 치료계획
  - 지급(금) 내역
  - 개인자산
  - 학교, 교육, 및 훈련 내역
  - 기타(열거하십시오): \_\_\_\_\_

**주의사항:** 수혜자 자신의 기록부에 다음 정보가 기록되어 있을 경우, 반드시 아래 사항을 완성해 이 정보를 포함시키십시오.

본인은 다음 자료(들)를 다른 해당 기관에 공개하는 것을 허용합니다(모든 해당사항에 체크하십시오).

- 정신건강
- HIV/AIDS 및 STD(성병) 검진 결과, 진단 혹은 치료내용
- 물질 사용 장애 기록 (42 CFR, 2부)

- 본 동의서 유효기간:  1년  DSHS에서 필요한 기간까지 혹은  다음기간까지: \_\_\_\_\_ (날짜 혹은 사례).
- 본 동의서는 언제라도 본인이 서면상으로 무효/폐지시킬 수 있습니다. 단, 이미 다른 데로 공유된 정보는 제외됩니다.
- 본인은, 이 동의서 하에 공유된 내용은 DSHS에 적용되는 법률 하에 더 이상 보호를 받을 수 없음을 알고 있습니다.
- 이 동의서 사본은 정보 공유시 본인의 동의서로 그 유효성이 있습니다.

서명	날짜	증인/공증인 (이름 서명 및 정자체 기재, 해당될 경우)	날짜
부모 혹은 (해당될 경우) 기타 대리인의 서명		전화번호(지역번호포함)	날짜

본인은 해당 기록부의 당사자가 아니지만, 아래에 해당되므로 서명할 수 있는 권한이 있습니다(증빙서류 첨부요)

- 부/모
- 법적 보호자(법원 명령서 첨부요)
- 대변인
- 기타: \_\_\_\_\_

정보수령인에게 알리는 글: 해당 정보가 HIV, STD(성병), 혹은 AIDS 질병에 관한 정보일 경우에는 해당 수혜자의 특별한 허락 없이는 더 이상 다른 데로 공개될 수 없습니다. 수혜자에 의해 마약 혹은 알코올 남용에 관련된 정보를 수령하였을 경우 향후 공개되는 정보는 42 CFR 2.32에 따라 다음 사항을 포함해야만 합니다.

제공된 이 정보는 연방 기밀정보 보호규정(42 CFR part 2)에 의해 보호 받는 기록입니다. 해당인의 명확한 동의서나 42 CFR part 2에 따라 허용된 경우를 제외하고는 이 정보를 유출/공개하는 행위는 연방법에 저촉됩니다. 의료 및 그 밖의 정보 공개를 위한 일반적인 승인은 본 동의서 용도로는 불충분합니다. 연방규정은 알코올이나 마약남용 치료 환자들을 상대로 형사상의 조사나 기소에 본 정보 사용을 금하고 있습니다.

## 동의서 작성 지침서

**사용 용도:** 본 동의서는 DSHS 내에서 수혜자의 존속 기밀정보를 사용하거나 해당 정보를 서비스 조정, 치료, 지불, 기관운영 또는 법이 허용하는 기타 용도를 위해 다른 기관에 공개할 때 수혜자의 동의가 필요한 경우 사용할 수 있습니다. 수혜자란 DSHS에서 제공하는 혜택이나 서비스를 받는 사람을 말합니다.

**기입 방법:** 가능하면 알아보기 쉽도록 컴퓨터(혹은 타자기)를 사용하여 작성합니다. **동의서는 아동을 비롯해 반드시 각 개인별로 작성되어야 합니다.** 영문 지침서에 나오는 "YOU"는 DSHS 직원을 말하며, 영문 동의서에 나오는 "YOU"는 수혜자를 말합니다. 기록내용의 공유에는 해당 수혜자에 관한 기밀정보의 사용 또는 정보 공유를 들 수 있습니다.

### 동의서의 각 항목:

#### 신상정보:

- **성명:** 각 동의서에는 한 수혜자의 이름만을 기입한다. 수혜자가 서비스를 받을 때 사용되었던 모든 이전 이름을 포함시킨다.
- **생년월일:** 유사한 이름을 소지한 수혜자를 구분하는 데에 필요하다.
- **Id 번호:** 수혜자 고유 번호나 소셜시큐리티 번호(의무사항은 아님)를 기입한다. 수혜자에 관한 기록이나 서비스 내역 조사 및 제공된 서비스 확인에 도움이 된다.
- **주소 및 전화번호:** 추가 정보로서 수혜자 거주지 및 확인 또는 연락에 도움이 된다.
- **기타:** 이 칸을 비롯한 모든 추가 정보는 DSHS 관련 서비스, 가족 성원의 이름 혹은 기타 관련 정보물을 찾는 데 도움이 된다.

#### 동의(승인)사항:

- **기록부 공유 기관이나 개인:** 수혜자가 이 동의서를 완성하게 되면, DSHS 내에 있는 수혜자의 모든 기밀 정보를 사용 및 공유할 수 있다. DSHS는 기재된 외부기관이나 개인(들)로부터 수혜자에 관한 기밀정보를 공개 또는 수령할 수 있다. 기관명(이름), 주소 혹은 위치(장소) 등을 비롯해 가능한 한 해당기관이나 서비스 제공처를 확인하는 데 필요한 정보를 기입하도록 한다. 정보 공유가 허용된 해당 기관들의 리스트를 첨부시킬 수 있으며, 해당 정보 공개에는 수혜자의 서명이 있어야만 한다.
- **포함되는 정보:** 수혜자는 공개 대상의 정보를 표시해 놓아야 한다. 수혜자는 자신에 관한 모든 정보를 공개할 수도 있으며, 공유 정보 대상에 날짜, 유형, 기록의 출처 등으로 제한사항을 명시해 놓을 수도 있다. 수혜자가 이 동의서에 서명을 하지 않거나 사용 및 공개할 수 있는 해당 정보를 명시해 놓지 않을 경우에는 법이 허용하는 범위 내에서만 정보를 공유할 수 있다. 수혜자의 서명이 필요한 기록부 목록을 첨부시킬 수 있다. 기록 내용이 정신건강(RCW 71.05.620), HIV/AIDS 혹은 STD(성병) 검진, 치료(RCW 70.02.220), 혹은 마약 및 알코올 서비스(42 CFR 2.31(a)(5))에 관한 정보일 경우 수혜자는 반드시 이들 기록 내용을 다른 데로 공유할 것인지 명시해 놓아야 한다. 이 동의서는 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) 하에 따른 정신상담 기록 공개 동의서로는 유효하지 않으며, 이 기록을 포함시키려면 반드시 해당 양식이 별도로 작성되어야만 한다.
- **동의서 유효기간:** 해당 프로그램 용도나 법에 의해 제공된 서비스 공개 동의 만료일자를 입력한다.
- **인지:** 수혜자로 하여금 무엇을 승인하는 지, 해당 정보가 공유되는 방법과 그 이유를 인지시킨다. 필요하다면 번역 자료 혹은 통역관을 사용하거나 소리를 내어 읽어 준다. 수혜자가 더 자세한 정보를 요구할 경우, DSHS Notice of Privacy Practices 사본을 추가로 제공하거나 부서의 public disclosure 담당자에게 의뢰한다.

#### 서명:

- **수혜자:** 이 칸에 수혜자나 해당 연령이 되는 아동(정신건강 및 마약/알코올 치료서비스의 경우 13세, HIV/AIDS 및 STD(성병)의 경우 14세, 피임 및 낙태의 경우 모든 연령이 해당, 건강관리 및 기타 기록에 관한 동의는 18세)의 서명과 날짜를 기입하도록 한다. 해당 수혜자는 직원의 목격 하에 서명 대신 이 칸에 표시할 수 있다.
- **증인 또는 공증인:** 귀하가 이 양식을 직접 제출하지 않았거나 프로그램이 신원 확인을 요청할 경우 귀하의 신원을 확인해줄 증인 또는 공증인이 필요할 수 있습니다. 이 사람이 자신의 이름을 정자체로 기재하고 서명해야 합니다.
- **부/모 혹은 대리인:** 이 동의서에 해당되는 수혜자가 연령 미만의 아동일 경우, 부/모 혹은 보호자가 반드시 서명해야 한다. 아동의 연령이 기록 공유에 대해 동의해 줄 수 있는 연령이 아니면 반드시 아동과 보호자 둘 다 서명해야만 한다. 수혜자가 법적으로 무능력자로 인정된 경우에는 반드시 법원이 임명한 보호자가 서명해야 하며, 법원의 임명장 사본이 제출되어야만 한다. 다른 자격(위임장이 있는 사람 혹은 재산관리인)을 가진 사람이 이 동의서 서명할 경우, "기타"에 체크하고 이에 따른 법적 실행권 사본을 획득해야 한다. 이 칸에 서명하는 사람은 반드시 서명일자와 전화번호 및 연락처를 제공해야 한다.