

수혜자 신원		
이름	생년월일	ID 번호
주소	시	주 우편 번호
전화번호(지역번호 포함)	기타 정보	



## 동의 Consent

**수혜자/의뢰인에게 알리는 통지서:** 보건사회복지부(DSHS)가 귀하와 귀하 가족을 잘 아는 다른 기관들 및 전문가들과 협력할 수 있게 된다면 귀하에게 더 큰 도움이 될 수 있습니다. 이 양식에 서명하시면 DSHS와 아래에 기재된 기관들 및 개인들이 귀하에 대한 기밀 정보를 이용하고 공유하는 것을 허락하시는 게 됩니다. 귀하의 동의가 있어야 자격 결정을 할 수 있는 게 아니라면, 귀하가 이 양식에 서명을 하지 않더라도 DSHS는 귀하에 대한 수당 지급을 거절할 수 없습니다. 귀하께서 이 양식에 서명하지 않더라도, DSHS는 법이 허용하는 한도 내에서 귀하에 대한 정보를 공유할 수 있습니다. DSHS가 어떻게 의뢰인 기밀 정보 또는 귀하의 개인정보 보호권을 공유하는지에 대해 궁금한 점이 있으시면, DSHS 개인정보 보호 관행 통지서를 참조하시거나 귀하에게 이 양식을 제공한 사람에게 문의하십시오.

### 동의

1. 본인은 본인을 위해 또는 법이 허용하는 다른 목적을 위해 서비스, 치료, 지불, 및 수당을 계획하고 제공하고 조율하기 위해 DSHS 내에서 본인에 대한 기밀 정보를 사용하는 것에 동의합니다. 본인은 또한 DSHS와 아래에 기재된 기관들, 제공자들, 또는 사람들이 본인의 기밀 정보를 사용하고 이러한 목적으로 서로에게 이 정보를 공개하는 것을 허락합니다. 정보는 구두로 또는 전자, 우편, 또는 직접 전달을 통해 공유될 수 있습니다.

**공개 사유:** 이 정보가 있어야 DSHS가 약물 및 알코올 또는 정신 건강 기록물을 공유할 수 있습니다. 귀하가 이 항목을 작성하지 않으면, DSHS가 공개 사유를 귀하의 요청에 따라 기재할 것입니다.

아래에서 DSHS를 비롯해 이 동의서에 포함된 사람들을 전부 체크해주시고 그 사람들의 이름과 주소를 알려 주십시오.

- 의료인: \_\_\_\_\_
- 정신 건강 의료인: \_\_\_\_\_
- 약물 사용 장애 서비스 제공자: \_\_\_\_\_
- 기타 DSHS와 계약된 서비스 제공자: \_\_\_\_\_
- 주택 프로그램: \_\_\_\_\_
- 교육구 또는 대학: \_\_\_\_\_
- 교정국: \_\_\_\_\_
- 고용안전부 및 고용 파트너: \_\_\_\_\_
- 사회보장국 또는 기타 연방 기관: \_\_\_\_\_
- 첨부된 목록을 참조하십시오
- 기타: \_\_\_\_\_

2. 공개 사유:  관리 지속     법적     개인적     기타:

3. 본인은 다음과 같은 기록부와 정보를 공유하는 것을 승인하고 이에 동의하는 바입니다(해당되는 모든 항목에 체크하십시오).

- 본인의 모든 수혜자/의뢰인 기록물                       첨부한 목록에 있는 기록물
- 다음 기록물만 해당
  - 가족력, 사회 및 근로 내역
  - 치료 또는 건강관리 계획
  - 지불 기록
  - 개인 평가
  - 학교, 교육, 및 훈련
  - 정신 건강 치료 정보(구체적으로 작성):
  - 건강 치료 정보(구체적으로 작성):
  - 기타(기재 요망):

수혜자 신원		
이름	생년월일	ID 번호
<p><b>주의 사항:</b> 의뢰인 건강 기록부에 다음과 같은 정보가 들어 있는 경우, 이들 기록부가 포함되도록 본 섹션도 작성하셔야 합니다.</p> <p>본인은 다음과 같은 기록을 공개하는 것을 허락하는 바입니다(해당되는 모든 항목에 체크하십시오).</p> <p><input type="checkbox"/> 정신 건강      <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 및 STD(성병) 검사 결과, 진단, 또는 치료      <input type="checkbox"/> 약물 사용 장애</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 본 동의서는 1년 동안 또는 <input type="checkbox"/> _____ 까지 유효합니다(날짜 또는 사례).</li> <li>• 본 동의서는 언제든지 본인이 서면으로 취소 또는 철회할 수 있으나, 그러한 경우에도 이미 공유한 정보에는 영향을 미치지 않습니다.</li> <li>• 본인은 본 동의서에 의거하여 공유된 기록이 DSHS에 적용되는 법률 하에 더 이상 보호받지 못할 수도 있음을 알고 있습니다.</li> <li>• 본 동의서의 사본은 기록 공유를 수락할 수 있는 효력을 지닙니다.</li> </ul>		
서명	날짜	
공증인/해당하는 경우 공증인 서명	공증인/공증인 이름(정자체로 기입)	날짜
부모 또는 기타 대리인의 서명(해당하는 경우)	전화번호(지역번호 포함)	날짜
<p>본인이 이 기록물의 당사자가 아닐 경우, 본인은 (권한 증빙 서류 첨부)이기 때문에 서명할 수 있는 권한이 있습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 부모      <input type="checkbox"/> 법적 후견인(법원 명령서 첨부)      <input type="checkbox"/> 개인 대리인      <input type="checkbox"/> 기타:</p>		

**정보 수령인에게 알리는 통지서:** HIV, STD(성병) 또는 AIDS에 관한 정보가 들어 있는 기록부는 해당 수혜자/의뢰인의 특정 승인 없이 이들 정보를 다른 곳으로 공개할 수 없습니다. 수령한 수혜자/의뢰인의 마약 또는 알코올 남용에 관한 정보를 다른 곳으로 유출할 때는 42 CFR 2.32에서 요구하는 대로 반드시 다음 내용을 포함해 보내야 합니다.

귀하에게 공개된 이 정보는 연방기밀정보규정(42 CFR part 2)에 의해 보호된 기록물에 포함된 정보입니다. 연방정부 규정은 정보 당사자의 서면 동의에 의해 명시적인 허락을 받았거나 42 CFR part 2에 허용하는 경우를 제외하고 귀하가 이 정보를 다른 곳으로 공개하는 것을 금지합니다. 의료 또는 기타 정보 공개를 위한 일반 승인은 이런 목적으로 금지된 정보의 공개를 승인하기에 불충분합니다. 연방정부 규정은 알코올이나 약물 남용 환자 형사 조사 또는 기소를 위해 해당 정보를 사용하는 것을 금하고 있습니다.

## 동의서 DSHS 14-012 작성 안내

**용도:** 수혜자/의뢰인에 대한 기밀 정보를 DSHS 안에서 지속적으로 사용 또는 공유하는 것에 대한 동의나 서비스를 조율하기 위해, 치료나 지불을 위해, 기관 업무를 위해 또는 법이 인정한 다른 목적을 위해 그 정보를 다른 기관들에게 공개하는 것에 대한 동의가 필요하다면 이 양식을 사용하십시오.

이 양식은 가능하면 전자적으로 작성하십시오. **아동을 포함해 각 개인에 대해 별도의 양식으로 따로 작성하셔야 합니다.**

### 양식 기재 항목:

#### ID:

- **이름:** 양식 한 부당 한 수혜자/의뢰인의 이름만 기재하십시오. 수혜자/의뢰인이 서비스를 받을 때 이전에 사용했을 수 있는 이름들을 전부 기재하십시오.
- **생년월일:** 비슷한 이름을 가진 사람들과 수혜자/의뢰인을 구별해야 합니다.
- **ID 번호:** 기록물을 식별하고 이력과 수령한 서비스를 추적하기 쉽도록 하기 위해 수혜자/의뢰인 ID 번호, 아니면 사회보장번호(필수 아님) 같은 다른 신원 확인 정보를 기재하십시오.
- **기타:** 서비스와 관련된 DSHS, 가족 구성원 이름, 또는 기타 관련 정보와 같이 기록물의 위치를 확인하는 데 도움이 될 수 있는 추가 정보를 이 박스 안에 적으십시오.

#### 동의(승인):

- **공개 사유:** 이 정보가 있어야 DSHS가 약물 및 알코올 또는 정신 건강 기록물을 공유할 수 있습니다. 귀하가 이 항목을 작성하지 않으면, DSHS가 공개 사유를 귀하의 요청에 따라 기재할 것입니다.
- **기록물 교환 기관 또는 개인:** 이 양식을 작성하면 다음을 허락하게 됩니다. (1) DSHS와 기재된 기관 및 사람들이 기밀 정보를 사용 및 공개. 그리고 (2) 기재된 외부 기관 또는 개인이 DSHS에 기밀 정보를 공개. 또한 수혜자/의뢰인의 서명을 받는 조건 하에 정보를 공유할 수 있는 기관들의 명단을 첨부하실 수 있습니다.
- **포함된 정보:** 수혜자/의뢰인은 동의가 필요한 기록물이 어떤 것인지 알려 주어야 합니다. 수혜자/의뢰인은 모든 기록물의 공유를 허락할 수도 있고 기록 날짜, 유형 또는 출처를 기준으로 공유 범위를 제한할 수도 있습니다. 수혜자/의뢰인이 동의서에 서명하지 않거나 특정 기록물을 지명하지 않더라도, 법이 허용한다면 그 기록물을 공유하는 것이 허용됩니다. 수혜자/의뢰인의 서명이 있어야 공유할 수 있는 기록물의 목록을 첨부하실 수 있습니다. 수혜자/의뢰인은 정신 건강(RCW 71.05.620), HIV/AIDS 또는 STD 검사 또는 치료(RCW 70.02.220), 또는 마약과 알코올 중독 서비스(42 CFR 2.31(a)(5))에 관한 정보가 포함된 기록물의 공유를 허락하려면 이 영역들에 표시해야 합니다. 이 양식은 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)에 따라 정신요법 관련 정보를 기입하기 위한 목적으로 사용할 수 없고 이 기록을 포함시키려면 별도의 양식을 작성해야 합니다.
- **기간:** 1년이 아닌 경우, 동의 만료일을 포함하십시오. 다른 날짜를 지정하지 않는 한 동의는 1년 후에 만료됩니다.
- **이해:** 수혜자/의뢰인은 자신이 무엇에 대해 허락을 하고 있는지, 정보 공유의 방법과 이유가 무엇인지 이해하고 있어야 합니다. 필요하다면, 번역본과 통역가의 도움을 받거나 양식을 큰 소리로 읽으십시오. 수혜자/의뢰인이 추가 정보를 필요로 한다면, DSHS 개인정보 보호 관행 통지서의 추가 사본을 제공하거나 수혜자/의뢰인에게 귀하 부서의 공공 정보 공개 담당관을 소개해 주십시오.

#### 서명:

- **수혜자/의뢰인:** 수혜자/의뢰인 또는 동의 연령 이상의 아동(정신 건강과 마약 및 알코올 중독 서비스는 13세, HIV/AIDS 및 기타 STD는 14세, 산아 제한과 낙태는 모든 연령, 건강관리 및 기타 기록부는 18세)에게 이 박스에 서명하고 서명일을 기입하게 하십시오. 수혜자/의뢰인은 귀하가 목격한 이 박스의 표시를 대체할 수 있습니다.
- **증인 또는 공증인:** 수혜자/의뢰인이 이 양식을 직접 제출하지 않았거나 프로그램이 신원 확인을 요청할 경우 수혜자/의뢰인의 신원을 확인해 줄 증인 또는 공증인이 필요할 수 있습니다. 이 사람이 자신의 이름을 정자체로 기재하고 서명해야 합니다.
- **부모 또는 기타 대리인:** 수혜자/의뢰인이 동의 연령 미만이라면, 부모 또는 후견인이 서명해야 합니다. 아동이 기록물 공유에 동의할 수 있는 연령이 아직 안 되었다면, 아동과 부모가 모두 서명해야 합니다. 수혜자/의뢰인이 법적 무능력자로 선언된 사람이라면, 법원이 지명한 후견인이 임명 명령서 사본에 서명하고 그 사본을 제공해야 합니다. 다른 자격으로 서명하시는 거라면(변호인이나 재산관리대리인의 권한을 가진 사람 포함) "기타"에 표시하고 행사할 법적 권한서 사본을 가져오십시오. 서명한 사람은 서명과 함께 날짜를 기입하고 전화번호 또는 연락처 정보를 제공해야 합니다.