

승인 Authorization

다음 사람의 DSHS 기록에 대한 공개 승인:															
이름	성	이름	중간이름												
			생년월일												
다음 정보는 기록 위치 파악에 도움이 될 수 있습니다.		이전 이름													
수혜자/의뢰인 ID 번호	기타 ID 번호	서비스 날짜	서비스 위치												
공개 대상자:															
이름	성	이름	중간이름												
			직책												
기관 또는 사업체명, 해당될 경우															
주소		시	주												
		우편번호													
전화번호(지역번호 포함)	팩스번호(지역번호 포함)		이메일 주소												
공개 사유(필수 기재 항목 아님)															
승인:															
<p>정보 출처: 본인은 다음 DSHS 프로그램이 아래에 기술된 본인에 대한 기밀 정보를 공개하거나 접근권을 주는 것을 승인합니다. 정보는 구두로 또는 컴퓨터 데이터 전송, 우편, 팩스, 또는 직접 전달을 통해 제공될 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 다음 프로그램들만 해당 (해당되는 모든 사항에 체크하십시오):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 행동 건강 및 회복 (BHA)</td> <td><input type="checkbox"/> 지역사회 서비스 (CSD – 공적 지원)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 아동 지원 (DCS)</td> <td><input type="checkbox"/> 가정 및 지역사회 서비스 (HCS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 발달 장애 (DDA)</td> <td><input type="checkbox"/> 재택 간호 서비스 (RCS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 직업 재활 (DVR)</td> <td><input type="checkbox"/> 주 정신 건강 기관 (ESH, WSH, CSTC)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 특별감호소 (SCC)</td> <td><input type="checkbox"/> 인적자원부 및 페이롤</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 기타: _____</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 보건사회부(DSHS)의 모든 부서</p>				<input type="checkbox"/> 행동 건강 및 회복 (BHA)	<input type="checkbox"/> 지역사회 서비스 (CSD – 공적 지원)	<input type="checkbox"/> 아동 지원 (DCS)	<input type="checkbox"/> 가정 및 지역사회 서비스 (HCS)	<input type="checkbox"/> 발달 장애 (DDA)	<input type="checkbox"/> 재택 간호 서비스 (RCS)	<input type="checkbox"/> 직업 재활 (DVR)	<input type="checkbox"/> 주 정신 건강 기관 (ESH, WSH, CSTC)	<input type="checkbox"/> 특별감호소 (SCC)	<input type="checkbox"/> 인적자원부 및 페이롤	<input type="checkbox"/> 기타: _____	
<input type="checkbox"/> 행동 건강 및 회복 (BHA)	<input type="checkbox"/> 지역사회 서비스 (CSD – 공적 지원)														
<input type="checkbox"/> 아동 지원 (DCS)	<input type="checkbox"/> 가정 및 지역사회 서비스 (HCS)														
<input type="checkbox"/> 발달 장애 (DDA)	<input type="checkbox"/> 재택 간호 서비스 (RCS)														
<input type="checkbox"/> 직업 재활 (DVR)	<input type="checkbox"/> 주 정신 건강 기관 (ESH, WSH, CSTC)														
<input type="checkbox"/> 특별감호소 (SCC)	<input type="checkbox"/> 인적자원부 및 페이롤														
<input type="checkbox"/> 기타: _____															
<p>기록: 본인은 다음 DSHS 기록의 공개를 승인합니다.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 상기 표시된 DSHS 부서들이 보유한 수혜자/의뢰인 기록</td> <td><input type="checkbox"/> 본인의 모든 수혜자/의뢰인 기록</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 상기 표시된 DSHS 부서들이 보유한 기타 기밀 기록</td> <td><input type="checkbox"/> 첨부 목록에 기재된 기록물</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 고용 관련 기록물에 기재된 개인 정보</td> <td><input type="checkbox"/> 다음 기록만 해당됨:</td> </tr> </table> <p>본인은 기록 공개 범위를 다음과 같이 제한합니다(날짜, 기록유형별 등).</p> <p><input type="checkbox"/> 현재 기록 공개를 요구하지 않습니다. 수혜자/의뢰인 파일에 이 승인 기록을 배치해 주십시오.</p>				<input type="checkbox"/> 상기 표시된 DSHS 부서들이 보유한 수혜자/의뢰인 기록	<input type="checkbox"/> 본인의 모든 수혜자/의뢰인 기록	<input type="checkbox"/> 상기 표시된 DSHS 부서들이 보유한 기타 기밀 기록	<input type="checkbox"/> 첨부 목록에 기재된 기록물	<input type="checkbox"/> 고용 관련 기록물에 기재된 개인 정보	<input type="checkbox"/> 다음 기록만 해당됨:						
<input type="checkbox"/> 상기 표시된 DSHS 부서들이 보유한 수혜자/의뢰인 기록	<input type="checkbox"/> 본인의 모든 수혜자/의뢰인 기록														
<input type="checkbox"/> 상기 표시된 DSHS 부서들이 보유한 기타 기밀 기록	<input type="checkbox"/> 첨부 목록에 기재된 기록물														
<input type="checkbox"/> 고용 관련 기록물에 기재된 개인 정보	<input type="checkbox"/> 다음 기록만 해당됨:														
<p>주의사항: 귀하의 수혜자/의뢰인 또는 기타 기밀 기록에 다음 정보가 포함되어 있을 경우에 귀하는 아래 항을 작성하여 그 기록들의 공개를 허락하셔야 합니다.</p>															
<p>특별 기록: 본인은 DSHS 기록물에 기재된 다음 정보의 공개를 허가합니다(해당되는 모든 항목에 체크하십시오).</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HIV/AIDS 및 STD 검사 결과, 진단 또는 치료 기록 (RCW 70.02.220)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 정신 건강 기록 (RCW 70.02.230 또는 240)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 물질 사용 장애 기록 (42 CFR, 2부)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> HIV/AIDS 및 STD 검사 결과, 진단 또는 치료 기록 (RCW 70.02.220)	<input type="checkbox"/> 정신 건강 기록 (RCW 70.02.230 또는 240)	<input type="checkbox"/> 물질 사용 장애 기록 (42 CFR, 2부)									
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS 및 STD 검사 결과, 진단 또는 치료 기록 (RCW 70.02.220)															
<input type="checkbox"/> 정신 건강 기록 (RCW 70.02.230 또는 240)															
<input type="checkbox"/> 물질 사용 장애 기록 (42 CFR, 2부)															
<ul style="list-style-type: none"> • 이 허가의 유효 기간은 180일 또는 <input type="checkbox"/> _____ (날짜 또는 사건, 체크된 항목이 없는 경우 180일)까지입니다. • 본인은 정보 공개 허가를 언제든지 서면으로 취소 또는 철회할 수 있고 이러한 조치가 이미 생산된 정보에 영향을 미치지 않을 것입니다. • 본인은 본인의 기록 생산 후 이 기록물이 DSHS에 적용되는 관련 법의 보호를 더 이상 받을 수 없음을 알고 있습니다. • 이 양식의 사본은 기록 공개를 허가할 수 있는 효력을 지닙니다. DSHS는 이 기록 사본을 제공하는 것에 대한 요금을 청구할 수 있습니다. 															
승인자 (서명)	서명일	전화번호(지역번호 포함)													
이름(정자체)	증인/공증인 (이름 서명 및 정자체 기재, 해당될 경우)														
<p>본인이 이 기록물의 당사자가 아닐 경우, 본인은 (권한 증빙 서류 첨부)이기 때문에 서명할 수 있는 권한이 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 개인 대리인 <input type="checkbox"/> 기타:</p>															

정보 수령자에게 알리는 글: HIV, STD(성병), 또는 알코올이나 약물 남용에 관한 정보가 들어 있는 기록부는 특정 법적 요건을 충족시키지 않은 경우 당사자의 특정 승인 없이 연방 및 주 법에 따라 다른 곳으로 공개할 수 없습니다.

승인서 양식의 작성을 위한 지침

목적: 귀하는 DSHS가 귀하에 대한 기밀 정보를 다른 사람(변호사, 입법자 또는 친척)에게 공개하는 것을 허가하는 경우 이 양식을 작성하셔야 합니다. 귀하는 DSHS가 귀하에 대해 갖고 있는 모든 기밀 기록을 공개해도 된다고 허가하실 수도 있고 공개 허가 항목을 이 기관의 특정 기록 또는 부서들로 제한할 수도 있습니다. 이 양식은 또한 DSHS가 귀하의 상황을 귀하가 승인한 사람과 구두로 논의하는 것을 허가합니다.

수혜자/의뢰인 통지: DSHS가 보유한 대부분의 수혜자/의뢰인 정보는 기밀이며 귀하가 공개를 허가하거나 법적으로 공개가 허용되지 않는 한 타인에게 공개되지 않습니다. DSHS가 귀하의 기밀 정보를 공개한 후, 정보 수령인이 DSHS에 적용되는 법 그대로 귀하의 기록물을 보호하지 않을 수 있다는 점에 유의하십시오. 자격 결정에 귀하의 승인이 필요하지 않은 한, 귀하가 이 양식에 DSHS에게 정보를 공개하는 것을 허용하는 서명을 하지 않은 경우 DSHS는 귀하에 대한 수당 지급을 거절할 수 없습니다. HIPAA가 보장하는 DSHS 보건 부서들이 보호되는 건강 정보와 귀하의 개인정보보호권을 어떻게 공유하는지에 대한 정보는 www.dshs.wa.gov에서 DSHS 개인정보관행통지부서(Notice of Privacy Practices)와 상담하시거나 이 양식을 귀하에게 제공한 사람에게 문의하십시오. 귀하는 이 양식의 사본을 받아보실 수 있습니다.

용도: 이 양식을 인터넷에서 입력하셔도 되고 직접 필기해서 작성하실 수도 있습니다. 필드들 사이를 이동하려면 컴퓨터의 탭 키를 누르십시오. 기록물 요청을 받은 각 사람(아동 포함)에 대해 별도의 양식을 작성하셔야 합니다. “귀하”는 기록물의 당사자를 의미합니다.

양식 기재 항목:

기록물 당사자의 신원 확인:

- **이름:** 귀하의 이름 전체 또는 귀하가 다른 사람의 대리인 역할을 할 경우 기록물 요청을 받은 사람의 이름을 기재하십시오.
- **생년월일:** 이 정보는 비슷한 이름을 가진 사람들과 귀하를 구별하는 데 필요하니 기재하십시오.

기록물 위치 파악에 도움이 되는 선택 기재 정보:

- **이전 이름:** 수당이나 서비스를 받을 때 사용한 다른 이름들도 기재하십시오.
- **수혜자/의뢰인 ID 번호:** DSHS가 할당된 번호가 있으면 기재하십시오.
- **기타 ID 번호:** DSHS 기록물 위치 파악에 도움이 되는 다른 식별자가 있으면 기재하십시오. 필요한 경우에 한해서 사회보장번호를 기재하십시오.
- **서비스 날짜 및 위치:** 귀하가 공개를 위한 기록의 확인 및 위치 파악에 도움이 되었으니 이 정보를 기재하십시오.

기록물 수령인:

- **신원 확인:** 귀하의 기밀 정보에 접근할 수 있는 사람이나 기관과 연락을 취할 수 있도록 이 항을 최대한 자세히 작성하십시오.
- **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.

승인:

- **DSHS의 부서:** 기록 공개의 주체가 되기를 원하는 DSHS 부서를 표시하시거나 DSHS가 갖고 있는 귀하 기록물에 대한 접근권을 허가하는 것을 원하시면 이 섹션의 하단 박스에 표시하십시오. 목록에 없다면 프로그램 이름을 “기타”에 기재하십시오.
- **공개된 정보:** 귀하가 어떤 기록의 공개를 원하는지 표시하십시오. 귀하는 DSHS 수혜자/의뢰인 또는 기타 기밀 기록의 전부 또는 부분의 공개를 허용할 수 있습니다. 또한 공개 범위를 상기 섹션에 표시된 기관의 부서들만 보유하고 있는 수혜자/의뢰인 기록물 또는 이 양식이나 귀하가 서명한 첨부문서에 기재된 특정 기록물로 제한할 수 있습니다. 귀하가 공개를 원하는 기록물에 대한 제한이 있을 경우, 특정 기록을 열거하거나 서비스 날짜나 기록유형과 같은 제한 기준을 기술하십시오.
- **제한된 기록물:** HIV/AIDS 또는 STD 검사 또는 치료, 정신 건강 치료 또는 물질 사용 장애 서비스에 대한 정보가 포함된 기록물일 경우, 귀하는 각 항목에 체크 표시를 해서 DSHS가 이 기록물들을 공개하는 것을 허락하셔야 합니다. 정신치료 노트의 공개를 승인하시려면 DSHS 17-270의 정신 치료 승인 양식을 작성하셔야 합니다 (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- **유효 기간:** 이 양식은 DSHS가 현재 보유하고 있는 정보에 대한 접근권을 부여하는 효력을 지닙니다. 귀하의 허가 유효 기간은 서명 후 180일까지 또는 귀하가 기재한 다른 날짜나 사건까지입니다. 날짜를 기재하지 않으신 경우, 승인 유효 기간은 180일입니다. 귀하는 기록물 공개 승인을 언제든지 서면으로 취소하실 수 있지만 너무 늦게 취소하면 이미 생산된 정보는 회수되지 않습니다.
- **비용:** RCW 42.56.120 및 WAC 388-01-080의 공공 기록물 법에 의거하여 DSHS는 기록물 사본 요금과 우편 발송 비용을 청구할 수 있습니다. 주립 병원 및 보건 시설은 Chapter 70.02 RCW에 의거하여 환자 기록물에 대한 요금을 청구할 수 있습니다.

서명:

- **귀하가 기록물의 당사자인 경우** 귀하의 이름을 아래에 정자체로 기입하거나 입력하십시오. 귀하가 서명한 날짜와 귀하의 전화번호 또는 연락처 번호를 기재하십시오.
- **귀하가 다른 사람을 대신해 서명하는 경우,** 대리인이 된 사유를 마지막 줄에 기재하고 귀하에게 법적 권한을 부여한 법원 명령서 또는 기타 문서의 사본을 첨부하십시오. 또한 기록물 당사자가 아동인 경우에도 승낙 연령을 넘었다면 (정신 건강 및 약물 및 알코올 서비스는 13세, HIV/AIDS 또는 기타 STD에 대한 정보는 14세, 피임 및 낙태는 모든 연령, 건강 및 기타 기록은 18세) 그 아동에게도 자신의 기록을 공개하는 것을 허용하는 서명을 받아야 합니다.
- **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.

DSHS 통지: HIV 또는 STD 정보가 포함된 기록물인 경우, DSHS는 그 정보가 기밀이며 RCW 70.02.300에서 요구하는 대로 특정 승인을 받지 않는 한 이 기록을 다른 곳으로 공개할 수 없음을 수령자에게 통지해야 합니다. DSHS가 이러한 승인 하에 물질 사용 장애 서비스에 관한 기록물 사본을 보낼 경우, DSHS는 42 CFR 2.32에서 요구하는 대로 정보를 공개할 때 다음 내용을 포함시켜서 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 금지하고 있습니다.