

DSHS ESA(Economic Services Administration)에서 귀하에 관한 해당 정보(들)를 귀하의 SSI 조장 절차를 돕는 사람에게 공개할 수 있도록 승인할 경우 이 양식을 사용하십시오. 귀하의 SSI 신청에 관한 기록 요청은 필요한 정보를 제공하기 위해 조장자에게 발송될 것입니다. 공공기록 공개 요청에 이 양식을 사용하지 마십시오. 해당 기관에 이 양식이 발송되지 않습니다. 공공 기록법(Public Records Act) 하의 기록들을 요청하려면 DSHS Form 17-063 양식을 사용하십시오.

기록 공개 승인:

성	이름	중간이름	생년월일	사회보장번호
수혜자/의뢰인 ID 번호. 알 경우		이전 이름		

기록 제공처:

성	이름	중간이름	직책
기관 또는 사업체명, 해당될 경우			
주소	시	주	우편번호
전화번호(지역번호 포함)	팩스 번호	이메일 주소	

본인은 DSHS 에서 본인이 해당 사항에 줄을 그은 경우를 제외하고 다음 기록 정보를 공개할 수 있음을 승인합니다.

- HIV/AIDS 및 STD 검사 결과, 진단 또는 치료 기록
- 정신건강 기록
- 화학 의존(CD) 기록

- 본인은 언제든지 서면으로 본인이 한 정보공개 승인을 폐지 또는 취하할 수 있습니다. 단, 이미 공개된 정보들은 그렇게 할 수 없습니다.
- 정보 공개 후, 본인에 관한 기록은 DSHS 에 적용되는 법 하에 더 이상 보호될 수 없음을 본인은 알고 있습니다.
- 본 승인서는 서명일로부터 1 년간 유효합니다.
- 이 양식에 한 본인의 서명은 본인의 혜택 또는 서비스에 어떤 영향을 주지 않습니다.
- 본인은 이 양식 사본을 가질 권리가 있습니다.

승인자:

서명	날짜	전화번호(지역번호 포함)
이름(정자체)	증인(필요할 경우)	

본인이 이 기록(들)의 당사자가 아닐 경우, 당사자와 다음 관계에 있기 때문에 서명을 승인합니다(승인관계 증빙서류 첨부):

- 미성년 아동의 부모 법적 보호자 개인 대리인 기타

