고객은 해당되는 각 섹션에 이니셜을 기재하고 마지막에 서명해야 합니다. 근로자는 증명서를 작성해야 합니다.

개인 정보 수집 및 기록에 대한 정보에 근거한 동의

본인은 본인 또는 본인의 권한 있는 대리인이 제공한 개인 정보를 [name of entity capturing](이)가 New York State Office for the Aging (NYSOFA, *뉴욕 주 노인복지국*)에서 관리하고 NY Connects에서 사용하는 고객 데이터 시스템에 저장하는 것에 동의합니다. NY Connects는 New York State Office for the Aging(*뉴욕 주 노인복지국*)과 New York State Department of Health에서 지역 파트너들을 통해 제공하는 노인복지 및 장애 자원 센터입니다. NY Connects는 도움이 필요한 곳을 파악하여 정보와 지원을 제공하며, 자립 상태를 유지하고 있는 사람들을 돕기 위한 여러 프로그램과 서비스를 연결해 주는 역할을 합니다. 의뢰가 이루어질 경우 고객 데이터 시스템을 통해 다른 지역 파트너들이 귀하의 정보를 볼 수 있지만, 이는 본인이 승인한 경우에만 가능합니다.

본인은 직원이 본인을 NY Connects 시스템 하의 서비스에 연결해 주기 위해 이 정보를 수집한다는 것을 이해합니다. 본인은 직원이 본인을 대신해 의뢰해 주거나, 본인에게 도움이 될 수 있는 다른 기관에 연락하기 위해 이 정보가 필요함을 이해합니다. 이러한 서비스를 제공하고 이같은 목적을 위해 본인의 정보를 수집하는 권한은 New York State Elder Law에서 찾을 수 있습니다.

본인은 New York State's Personal Privacy Protection Law에 따라 본인의 개인 정보에 대해 기밀이 유지될 것임을 이해합니다. 본인의 승인 없이 개인 정보가 공유되지 않을 것입니다.

본인은 기록되는 정보의 내용, 해당 정보의 필요성, 본인의 정보를 보호하는 법률과 규정이 있음을 이해합니다.

본인은 본 승인서에 대한 서명이 자발적인 것이며, 서명을 거절해도 본인에게 부여되는 선택 사항에 제한을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

고객 이니셜 _____

개인 정보 의뢰 및 공유에 대한 정보에 근거한 동의

본인은 [entity making referral]*에게 제공한 개인 정보, 건강 정보 및 본인과 관련한 모든 기타 정보를 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 요청된 기록에 대해, 본인에게 필요할 수 있는 서비스 제공 또는 다음과 같이 식별되는 목적을 위해 의뢰를 할 수 있도록 이를* [Entity making referral]*(이)가* 다음 주체에게 공개하는 것을 요청 및 승인합니다.

_____

_____

_____

본인은 이러한 기록이 상기 주체에 대한 의뢰 및 본인을 위한 서비스 제공 목적으로 공개됨을 이해합니다.

본인은 공개되는 정보의 내용, 해당 정보의 필요성, 본 정보의 기밀성을 보호하는 법률과 규정이 있음을 이해합니다.

본인은 본 승인서에 대한 서명이 자발적인 것이며, 서명을 거절해도 본인에게 부여되는 선택 사항에 제한을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

본 승인서에 의거하여 사용되거나 공개되는 정보는 수령자에 의해 재공개될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주 법률에 따라 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

고객 이니셜 _____

재해 또는 응급 상황 발생 시 특정 정보 공유에 대한 정보에 근거한 동의

본인은 재해 또는 응급 상황 발생 시, 본인이 받는 서비스, 본인의 주택 상황 및 동거인, 매일 필요한 의료 장비 또는 서비스, 매일 투약하는 처방 의약품, 필요한 특별 식단, 필요한 특별 의사소통, 실명 또는 시각 장애, 본인의 전반적인 상태 및 이동성에 대한 정보를 공개하는 데 동의합니다.

본인은 재해 또는 응급 상황 발생 시 이 정보가 정부 기관, 법 집행 기관, 또는 이들의 대리인과 같이 응급 상황에 대응하기 위해 정보를 이용하는 사람들에게만 공개될 것임을 이해합니다.

본 승인서에 의거하여 사용되거나 공개되는 정보는 수령자에 의해 재공개될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주 법률에 따라 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

고객 이니셜 _____

본인은 본인이 이니셜을 기재한 상기 조치에 대해 동의합니다. 제공된 승인서는 철회되지 않는 한 만료되지 않습니다.

_____ _____
개인 또는 법적 대리인 서명 *날짜*

_____
개인 이름 (정자체)

_____
법적 대리인의 경우, 본인의 이름 및 개인과의 관계를 기입하세요

~~ ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~ 사무국 기재 전용 ~~~~ ~~~~~~~~~~~~~~~~~~

ATTESTATION
To be completed by worker

I attest that informed consent, as indicated, was obtained from the above individual, who provided his/her signature above. All appropriate processes were followed, and consent was provided voluntarily.

_____ _____
Signature *Date*

_____
Print