

정보에 근거한 동의 철회서

이 양식은 귀하의 요청에 따라 제공된 것입니다. 본 양식을 이용해 귀하의 정보 공유 및 귀하를 대리한 의뢰를 철회하실 수 있습니다.

본 동의를 철회하시면, 효력일 이후로부터 귀하의 정보 공개가 중단되며, 작성된 본 양식을 저희 기관에서 수령한 일자가 효력일에 해당됩니다. 동의를 철회하는 것은 귀하의 동의에 따라 이미 이루어진 공개에 대해서는 아무런 영향을 미치지 못합니다.

New York State Office for the Aging(뉴욕 주 노인복지국)에서 관리하는 고객 데이터 시스템에 포함된 귀하의 정보 공유에 대한 동의를 취소하시려면 양식 2페이지의 첫 번째 상자에 체크 표시하고 필요한 모든 항목을 작성하십시오.

특정 주체와의 정보 공유에 대해서만 동의를 취소하시려면, 그 아래 두 번째 상자에 체크 표시하고 공백에 해당 주체를 기입하십시오.

재해 또는 응급 상황 발생 시 이에 대한 대응으로 기본 연락 정보 외의 기타 정보를 공개하는 것에 대한 동의를 취소하시려면, 세 번째 상자에 체크 표시하십시오.

저장된 정보 당사자를 대리해 법적 권한을 가진 대리인이 본 양식을 작성한 경우, 이를 해당 공간에 표시하십시오. 모든 필드는 정보가 저장된 개인의 파일에 있는 연락처 정보를 이용해 작성해야 합니다. 법적 대리인에 의한 동의 철회는 기관에서 법적 대리인임을 확인한 경우에만 효력이 있습니다.

양식을 모두 작성한 후에는 아래의 주소로 저희 기관에 우편 발송해 주십시오. 궁금하신 점이나 우려 사항이 있으시면 제공된 전화번호로 연락해 주십시오.

주소:

{AGENCY NAME}
수신자: {CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}
{ADDRESS 1}
{ADDRESS 2}

전화:

{CONTACT UNIT OR INDIVIDUAL}
{(XXX) XXX-XXXX}

본인은 고객 데이터 시스템에 저장된 본인의 개인 정보를 의뢰 목적을 포함해 공유 또는 공개하겠다는 본인의 동의를 철회합니다. 본인은 본 철회의 효력일 전에 이루어진 공개에 대해서는 철회가 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

본인은 다음 주체에 대한 본인의 개인 정보 공유 또는 공개 동의를 철회합니다.

본인은 재해 또는 응급 상황에 대한 대응 목적으로 특별한 위험 요소와 관련한 본인의 개인 정보를 공개하겠다는 동의를 철회합니다.

본 양식을 고객을 대리해 법적 권한을 가진 대리인이 작성 및 서명했습니까? 동그라미하세요.
예 / 아니요

예인 경우, 다음을 작성해 주십시오(정자체)

법적 대리인 성명

()

전화번호

주소(거리, 시, 주, 우편번호)

서명 라인을 포함해 본 양식의 나머지 부분도 작성하셔야 합니다.

고객 정보

고객 이름(정자체): _____

주소: _____

전화번호: () _____

서명

날짜

이름(정자체)