개인기밀정보 공개 승인서
건강평가센터 및 ADATSA/성인 건강치료 담당 요원용
RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION
FOR ASSESSMENT CENTER AND ADATSA/ADULT TREATMENT PROVIDERS

1. 본인 _____ 은(는) _____ 평가 센터
   수혜자의 성명

   및 DASA와의 계약 하에 치료를 담당하고 있는 요원에게 본인에 관한 의료 및 정신감정 기록, 수용시설 추천, 치료경과, 및 정부 혜택에 관계되는 ADATSA/성인 건강진단 및 평가 결과에 관한 정보를 다른 데로 공개 또는 접수할 수 있음을 승인합니다.

   이 정보는 보건사회부(Department of Social and Health Services), 보사부 사무소(CSO: Community Service Offices)와 본인에게 ADATSA/성인 건강평가, 치료, 의료, 직업, 수용시설 및 보조금 관리인 서비스를 제공하는 다음 계약 요원들에게만 공개될 수 있습니다.

   a. ADATSA/성인 건강평가 담당 요원 c. _____ e. _____

   b. 기타 ADATSA/성인 건강평가 센터 d. _____ f. _____

2. 이 정보의 사용 용도는 다음에 한합니다.
   a. 본인을 위한 치료계획 지원 및 케이스 관리 용도로
   b. ADATSA, 임신과 출산(PPW: Pregnant and Parenting Women's) 및 영세민 가족 임시 지원 프로그램(TANF: Temporary Assistance for Needy Families)하에 평가, 의뢰, 치료, 의료상의 서비스 및 직업 서비스를 수혜하는 본인을 위한 해당 보호업무 조정 용도로
   c. 주정부 및 연방정부의 추가 지원 프로그램에 대한 본인의 신청서를 입증하기 위한 용도로
   d. 필요한 프로그램의 평가, 통계, 배치 및 수혜한 서비스상의 비용변제 정보 수집을 위한 용도로

3. 본인은 또한 해당 평가센터 및 ADATSA/성인 건강치료를 담당하고 있는 요원에게 아래 기관이나 개인으로부터 받은 본인의 건강조사 및 평가, 추천/치료경과 결과를 공인된 정보사용 용도에 한해 다른 데로 공개 또는 접수할 수 있음을 승인합니다.

☐ 4. **본인의 화학물질 의존증 치료에 의료상으로 필요한 보호 조정용**

이니셜	성명	전화번호
주소	시	주 우편번호

☐ 5. **연락처(비상시 및 메시지)**

이니셜	성명	전화번호
주소	시	주 우편번호

☐ 6. **법원, 집행유예 준수 및 필요한 변호용**

이니셜	성명	전화번호
주소	시	주 우편번호

☐ 7. **정보사용(용도)**

이니셜	성명	전화번호

본인은 본인에 관한 기록부가 연방 및 주정부 기밀 규정법(42 CFR Part 2 및 WAC 440-22) 아래 보호되며, 해당 규정에서 달리 규정하지 않는 한 본인의 승인서 없이는 다른 데로 공개될 수 없음을 알고 있습니다. 본인은 또한 이미 제공 혹은 접수된 정보에 따라 이행된 조치 이외는 언제라도 이 승인서를 철회할 수 있음을 이해합니다. 이 승인서는 승인서에 기재된 날짜로부터 90일까지 유효합니다. 본인은 본인이 이 정보 공개 승인에 서명하지 않았다고 해서 치료비나 치료제공 혹은 서비스 프로그램 수혜자격 여부 및 등록 등이 거부될수 없다는 것을 알고 있습니다.

본인은 공개될 해당 정보를 본인에게 완전히 설명해 주었음을 인정하며, 이 승인서는 본인의 자유의사에 따라 작성하는 것입니다.

8. 수혜자의 서명	9. 서명날짜	10. 승인서 만기일자
11. 재승인(인가) 서명	12. 서명날짜	13. 승인서 만기일자