

**기록 공개 승인 양식  
(Korean)**

본인은 다음을 요구합니다:  보호소 이력 기록이나  본인의 사건 기록 사본

성명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 사회보장번호: \_\_\_\_\_

CARES ID: \_\_\_\_\_

본인은 이로써 노숙자 서비스부서가 본인 이름으로 관리하는 기록을 다음 주소에서 본인 또는 대리인에게 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.

**(해당 사항 모두 선택)**

- 나는 모든 의료 및 정신과 정보의 공개에 동의하지 않습니다.
- HIV 관련 정보 공개에 동의하지 않습니다.
- 나는 약물 남용 정보 공개에 동의하지 않습니다.
- 나는 가정 폭력 피해자로서의 나의 상태와 관련된 정보 공개에 동의하지 않습니다.
  - 본인은 이 기록에 포함된 모든 정보에 대한 권리가 본인에게 있음을 이해합니다.
  - 본인은 이 양식에 서명하는 것을 거부할 수 있음을 이해합니다.
  - 본인은 나의 기록이 법으로 보호를 받는다는 것을 이해합니다.
  - 내 기록에 정신과 정보 및/또는 알코올/약물 남용 정보를 포함한 의료 정보가 기재될 수 있음을 이해합니다.
  - 본인은 HIV 관련 검사를 받았거나 HIV 감염, HIV 관련 질병 또는 AIDS 가 있음을 나타내는 정보 또는 HIV 에 잠재적으로 노출된 정보를 포함하여 이 기록에 HIV 관련 정보가 포함될 수 있음을 이해합니다.
  - 본인은 본인의 기록이 가정 폭력의 피해자로서의 나의 상태와 관련된 정보를 포함할 수 있음을 이해합니다.
  - 본인은 위와 달리 명시하지 않는 한 본인 기록에 포함된 HIV 관련 정보 및 가정 폭력 관련 정보가 이 양식에 기재된 사람에게 제공될 수 있음을 알고 있습니다.
  - 본인은 정보가 공개되기 전에 언제든지 이 승인에 대한 본인의 생각을 바꿀 수 있다는 것을 알고 있습니다.
  - 나는 180 일 동안 이 정보 공개를 승인합니다.
  - 이 정보 공개 동의서의 복사본으로 충분합니다.
  - 본인의 서명은 본인이 위의 모든 내용을 읽었음을 나타냅니다.

(다음 페이지로)

### 기록 공개 승인 양식 (계속)

#### 기밀 정보를 제공 받는 사람들을 위한 노트:

이 정보는 주 법에 의해 보호되는 기밀 기록이 귀하에게 공개된 것입니다. 주법은 당사자의 구체적 서면 동의 없이 또는 법으로 달리 허용된 경우를 제외하고는 귀하가 이 정보를 더 이상 공개하지 못하게 합니다. 주법을 위반하여 무단으로 또는 추가로 공개하면 벌금형이나 징역형을 선고 받을 수 있습니다. 의료 또는 기타 정보 공개의 일반적인 승인은 추가적인 공개에 대한 충분한 목적이 되지 않습니다. 뉴욕 공중 보건법, 27-F-§2782(5)(a).


고객 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_


*기록을 우편이나 이메일로 보내기 전에 서명을 공증하거나 증인을 통해 신원을 확인해야 합니다. 이메일 전송 시 기술적 제약 및 파일 제한 크기에 따라 달라집니다.*

아래 적힌 주소로 내 기록을  우편 혹은  이메일로 보내 주십시오:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 작성된 양식을 다음 주소로 우편 발송:  
DSS Office of Legal Affairs – Records Access  
150 Greenwich Street (38 층.)  
New York, NY 10007

 이메일: recordsaccess@dhs.nyc.gov

 팩스: 917-639-0367

<b>공증인 정보는 여기에 (Notary Information Here)</b>
<b>DHS/정보 제공자 증인 (DHS/Provider Witness)</b>
_____ Print name
_____ Signature
_____ Date