



기록 공유에 대한 동의 및 승인서

Authorization and Consent to Share Records

다음 대상자의 기록 및 정보 공유에 대한 동의와 승인을 의미합니다:

이름	생년월일		
주소	주소	주(州) , WA	우편번호
전화번호	제공자 번호와 연계된 경우(해당 시 기재)		

내용:

본인은 아동, 청소년 및 가족부(DCYF) 인가부서(LD), 위탁아동배치기관(CPA)/공동생활보호시설(CG), 그리고 아래에 명시된 기관, 제공자 또는 개인이 본인의 기밀 정보를 열람하는 것에 동의합니다. 또한 본인은 LD, CPA 및 아래에 명시된 기관, 제공자 또는 개인이 본인의 기밀 정보를 상호 간에 활용하고 공유하는 것에 동의하며, 이 정보는 위탁 보호 아동과의 접촉 가능성 여부를 평가하기 위한 목적으로 사용됩니다. 정보는 구두 전달, 전산 자료 전송, 우편, 또는 직접 전달의 방식으로 공유될 수 있습니다.

본 동의서에는 LD/CPA/GC 외에도 아래에 체크된 기관, 제공자 또는 개인이 포함됩니다.

- ☐ 해당 없음 – 저는 다른 어떤 기관, 제공자 또는 개인에 대해서도 동의 요청을 받은 적이 없습니다
- ☐ Amazon.com
- ☐ Northwest Adoption Exchange (NWAE)
- ☐ 위탁아동배치기관:
- ☐ 의료/정신건강 관련 기관:
- ☐ 약물 의존 치료 서비스 제공:
- ☐ 기타:

다음에 체크된 기록 및 정보가 본 동의 및 승인에 포함됩니다.

- ☐ 어떠한 의뢰인 기록도 해당 없음 – 저는 기록 공유에 대한 동의 요청을 받은 적이 없습니다.
- ☐ 이름, 주소, 전화번호 (배송 목적)
- ☐ 다음에 해당하는 기록만:
- ☐ 모든 의뢰인 기록

주의 사항: 귀하의 의뢰인 기록에 아래 정보 중 하나라도 포함되어 있다면, 해당 기록을 포함하기 위해 이 섹션 또한 반드시 작성해야 합니다. 다음 기록의 제공에 동의합니다. (해당 항목 모두에 체크):

- ☐ 정신 건강
- ☐ 약물 의존
- ☐ HIV/AIDS 및 성병 검사 결과, 진단 또는 치료 내용

정보 수신자에게 안내드릴 사항: 해당 기록에 HIV, 성병, 또는 알코올 및 약물 남용과 관련된 정보가 포함되어 있을 경우, 연방법 및 주법에 따라 명시적인 동의와 법적 요건을 충족하지 않는 한 이를 타인에게 재공유하는 것은 금지됩니다.

본 동의서는 다음 기간 동안 유효합니다.

- ☐ 1 년
- ☐ 까지
- ☐ DCYF LD/CPA 에서 기록을 필요로 하는 동안
- 저는 서면으로 언제든지 본 동의서를 철회하거나 취소할 수 있으며, 이미 공유된 정보에는 그 효력이 미치지 않습니다.
- 본 동의서를 통해 공유된 기록은 더 이상 DCYF/CPA에 적용되는 법률의 보호를 받지 않을 수 있음을 이해합니다.
- 본 양식의 사본도 기록 공유에 대한 제 동의로 유효합니다.

서명

서명	작성일
LD/CPA 담당자 성명	전화번호
LD/CPA 담당자 성명	작성일
부모 또는 기타 법적 대리인 성명 (해당되는 경우)	