



성명:*		오늘 날짜: *
성별:	생년월일:*	전체 또는 마지막 4자리 SSN/ 4자리 핀:
전화번호: *		이메일:
기관 이름:*		기관 직원: *

All items marked with * are mandatory.

귀하는 GetHelpOC (오렌지 카운티 유나이티드 웨이와 그 파트너 기관들) 에서 귀하의 개인 정보 및 재정 사항 그리고 건강 정보를 상호 공유, 저장 및 이용하여 귀하가 필요하신 사항을 파악하고 조정하여 귀하에게 최적의 서비스를 제공할 수 있도록 승인합니다 GetHelpOC: Community Information Exchange (CIE) 에 참여하는 파트너 기관들은 <https://gethelpoc.org/content/Community-Partners.html> 에서 확인할 수 있습니다.

이 승인은 귀하, 귀하의 가족 그리고 의료팀을 포함한 파트너 기관, 또는 이 승인이 유효한 동안 귀하의 치료와 관련된 타인이 제공한 정보, CIE에 공유된 모든 관련 정보를 포함합니다. CIE와 그 파트너 기관들은 귀하의 개인, 재정 및 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 정보가 변경되거나 잘못되었을 경우 CIE에 알릴 것에 동의합니다. 본 승인에 따라 공개된 정보는 재공개될 수 있으며 해당 개인 정보 보호법에 따라 더 이상 보호되지 않습니다. 그러나 귀하의 정보는 당사 파트너 기관과의 참여 계약에 따라 여전히 보호됩니다. 귀하가 본 승인서에 서명하는 것을 거부한다고 해서 파트너 에이전시로부터 의료 서비스나 서비스를 받을 수 있는 부분에 악영향을 미치지 않습니다.

개인정보 보호 관행에 대한 고지는 www.GetHelpOC.org 에 게시되어 있으며 CIE가 정보를 어떻게 사용하고 보호하는지, 이 승인과 귀하의 기록 사본을 어떻게 얻을 수 있는지 설명합니다. 귀하는 revoke@211oc.org 로 통지를 하여 언제든지 이 승인을 취소할 수 있으며, 처리되기까지 최소 영업일 기준 5일이 소요됩니다. 취소는 이 승인에 따라 이전에 이미 공개된 정보에는 영향을 미치지 않습니다. 귀하가 따로 취소되지 않는 한, 이 승인은 십(10)년 후, 또는 다음 날짜에 만료됩니다:

_____.

CIE가 마약/알코올/물질 남용, 정신 건강, 그리고 HIV/AIDS와 관련된 정보를 사용하고 공개할 수 있도록 저는 승인합니다.

동의하시면 아래에 서명해 주세요:

고객 서명: *