



정보 획득/공개에 대한 승인
VR-21 (2023년 10월)

| | | |
|-----|-----|-----------|
| 이름 | 생일: | 인식 ID 번호: |
| 주소: | | |

성인 직업 및 평생 교육 서비스 - 직업 재활 사무국(ACCES-VR)은 개인, 정부 기관 및 기타 필요한 기관(CAP라고도 알려진 클라이언트 지원 프로그램 포함)으로부터 정보를 얻거나 공개할 수 있는 권한을 가지고 있습니다. /또는 나의 직업 재활과 관련된 고용주.

본인 또는 권한을 위임받은 대리인은 다음 사항을 이해합니다.

- 모든 정보는 기밀로 처리됩니다.
- 내 기밀 정보는 전자적으로 전송 및 수신될 수 있습니다.
- 이 정보에는 나의 장애에 대한 보고서, 교육 기록, 사회 보장 행정 정보, 가석방 또는 보호관찰과 관련된 기록, 나의 재정적 필요를 결정하는 데 필요한 문서 및/또는 ACCES-VR이 필요로 할 수 있는 기타 정보가 포함될 수 있습니다. 서비스에 대한 나의 적격성을 결정하고, 나에게 직업 재활 서비스를 제공하고, 그리고/또는 나의 고용 목표를 달성하거나 유지하는 데 필요한 기타 서비스를 나에게 소개합니다.
- 공유되거나 획득된 정보는 나의 취업 목표를 달성하거나 유지하는 데 도움을 줄 목적으로만 사용됩니다.
- 나는 ACCES-VR에 서면으로 통지하여 정보 공개 또는 획득과 관련하여 언제든지 허가를 철회할 수 있습니다(참고: 이는 이미 허가를 받아 취한 조치에는 영향을 미치지 않습니다).
- ACCES-VR은 직업 재활 프로그램을 관리하기 위해 이 승인에서 얻은 정보를 사용해야 할 수도 있습니다.
- 이 승인은 철회되지 않는 한 본인의 사건이 진행되는 동안 유효합니다.

본인은 이 섹션의 모든 정보를 읽었으며 ACCES-VR의 102.00 기밀 유지 정책이 <http://www.acces.nysed.gov/vr/10200-confidentiality-policy> 에 있음을 이해합니다.

이 상자에 이니셜을 표시함으로써 본인은 내 기록의 일부일 수 있는 의료 기록의 공개를 승인합니다.

아래 서명은 이 정보 공개에 대한 이해, 동의 및 동의를 증명합니다.

이 서명된 승인에 따라 공개되거나 획득될 수 있는 다음 정보는 다음과 같습니다.

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 심리 평가 보고서 | <input type="checkbox"/> 직업 평가 보고서 | <input type="checkbox"/> 교육 기록 |
| <input type="checkbox"/> 나의 전체 기록 | <input type="checkbox"/> 기타: | |

이 허가의 목적은 다음과 같습니다.

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 적격성 결정 | <input type="checkbox"/> 계획 개발 | <input type="checkbox"/> 서비스 추천 |
| <input type="checkbox"/> 평가 | <input type="checkbox"/> 개인의 요청 | <input type="checkbox"/> 기타: |

| |
|-----------------------------|
| 이 정보를 공개하는 프로그램/학교 이름 및 주소: |
| 이 정보가 공개되는 사람의 이름과 주소: |

ACCES-VR의 비밀유지 정책에 관한 정보는 나에게 명확하게 설명되었으며, 이 양식에 있는 모든 정보를 읽었습니다. 아래 서명은 본인의 이해, 동의 및 동의를 증명합니다.

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 본인이 아닐 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름: | 개인을 대신하여 서명하는 권한의 관계를 식별합니다. |
|-----------------------------|------------------------------|

개인 또는 위임된 대리인의 서명

날짜

