



정보 획득/공개 승인(알코올/마약 치료, 정신 건강 정보 및
기밀 HIV/AIDS 관련 정보 포함) VR-22(2023년 10월)

이름	생일:	인식 ID 번호:
주소:		

성인 직업 및 평생 교육 서비스 – 직업 재활 사무국(ACCES-VR)은 아래 명시된 개인 및/또는 단체로부터 정보를 얻거나 공개하는 데 동의합니다. 나는 다음을 이해합니다.

1. 이 승인에는 알코올 및/또는 약물 치료, 정신 건강 치료 및/또는 기밀 HIV 및 AIDS 관련 정보(항목 #8의 내 이니셜로 표시됨)와 관련된 정보의 공개가 포함됩니다.
2. 내가 알코올 및/또는 약물 치료, 정신 건강 치료 및/또는 HIV/AIDS 관련 정보의 공개를 승인하는 경우 ACCES-VR은 연방 또는 주법.
 - a. 나는 나의 승인 없이 나의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나 사용할 수 있는 사람들의 목록을 요청할 권리가 있음을 이해합니다.
 - b. HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 공개로 인해 차별을 경험하는 경우, (888) 392-3644번으로 뉴욕주 인권국에 연락하거나 뉴욕시 인권위원회(승인이 필요한 경우)에 연락할 수 있습니다. (NY시 내) (212) 416-0197.
3. 나는 ACCES-VR에 서면으로 통지하여 언제든지 승인을 취소할 권리가 있습니다. 본인은 본 승인에 따라 이미 조치가 취해진 경우를 제외하고 향후 승인을 취소할 수 있음을 이해합니다.
4. 나는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적인 것임을 이해합니다.

5. 이 정보를 공개할 프로그램 또는 단체의 이름 및 주소:		
6. 이 정보가 공개되는 개인 또는 단체의 이름 및 주소:		
7. 정보 공개 목적:		
8. 본인이 취소하지 않는 한 특정 정보는 _____부터 _____까지 공개될 수 있습니다 (시작 및 끝 삼입) 날짜, 최대 1년)		
다음 사항이 포함되려면 공개할 구체적인 정보를 표시하고 아래에 이니셜을 기재하십시오.		
	공개정보	머리 글자
<input type="checkbox"/>	알코올/마약 치료 프로그램 기록	
<input type="checkbox"/>	정신 건강 프로그램의 임상 기록	
<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS 관련 정보	
9. 개인이 아닐 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름:		10. 개인을 대신하여 서명하는 권한의 관계를 식별합니다.



이 양식의 모든 항목은 검토 및 승인되었으며, 이 양식에 대한 본인의 질문은 검토 및 동의되었으며 양식의 사본을 받았습니다.

개인 서명 또는 위임받은 대리인

날짜

본인은 위에 서명한 개인과 본 승인의 실행 및 목적에 대해 논의했으며 공개될 정보에 대한 이해를 확인했습니다.

직원 이름 및 직위

서명

날짜

ACCES-VR이 개인의 약물 사용 기록과 관련된 정보를 공개할 때 VR-540, 약물 사용 장애가 있는 개인에 관한 정보의 재배포 금지 양식을 이 양식에 첨부해야 합니다.

재공개 금지: 요청된 정보는 해당 개인의 구체적인 서면 동의가 없는 한 추가 공개를 금지하는 연방 규정(42 CFR Part 2)에 의해 기밀이 보호되는 기록에서 공개되었습니다. 이 승인과 함께 요청된 모든 정보의 기밀성은 34 CFR 361.38에 의해 보호됩니다. 이 출시 승인은 45 CFR 164.508도 준수합니다.