본인은 우리 가족이 아동 서비스법(CSA) VA §2.2-5200의 조항에 따라 기관 간 서비스 계획 과정에 참여할 예정임을 이해합니다. CSA는 전문적인 치료가 필요한 청소년과 해당 가족들에게 고품질의 아동 중심, 가족 중심, 비용 효율적인 지역사회 기반의 서비스 제공을 추구합니다. 이 양식에 서명함으로써 본인은 전문 기관들이 자녀와 가족의 특정 정보를 교환하여 해당 서비스 또는 혜택을 제공하거나 조율하기 위해 협력할 수 있도록 승인합니다. 팀원이 책임을 수행하기 위해 획득한 아동과 가족의 모든 정보는 기밀로 유지됩니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **부모/보호자의 성명:** *여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다.* | **생년월일:** *날짜를 입력합니다.* |
| **법적 주소:** 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | **이메일:** 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. |
| **CSA 서비스를 받는 아동의 이름 및 생년월일:****\* 이는 아래 아동에 대한 정보 공개를 위한 것이 아니며; 이 정보는 CSA 참조용으로만 제공된다는 점을 주지하기 바랍니다.** |
|  이름: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | 생년월일: 날짜를 입력합니다. |
|  이름: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | 생년월일: 날짜를 입력합니다. |
|  이름: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | 생년월일: 날짜를 입력합니다. |
|  이름: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | 생년월일: 날짜를 입력합니다. |
|  이름: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | 생년월일: 날짜를 입력합니다. |
|  이름: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. | 생년월일: 날짜를 입력합니다. |
|  |
| **본인은 다음 기관 또는 개인(들)에게 정보를 교환할 수 있는 권한을 부여합니다** |
| -다학제 서비스 기획팀(FRM/FPM) | -Fairfax 카운티 가족 서비스부  | -Fairfax 청소년 및 가정 관련 지방 법원 |
| -가족 평가 및 기획팀 (FAPT) | -Fairfax 카운티 보건국 (HD) | -버지니아주 아동 서비스 사무소 (OCS/CSA)  |
| -지역사회 정책 관리팀(CPMT) | -Fairfax 카운티 공립학교 | -행동 건강 개발 서비스부 (DBHDS) |
| -Fairfax-Falls Church 지역사회 서비스 위원회(CSB) | -Falls Church 시 공립학교  | -고객이 이전하는 지역의 CSA (해당되는 경우) |
| **-**기타**(제공자 이름 포함):** 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. |
| [x]  **아래 모든 정보 또는** [ ]  **아래에 표시한 해당 정보만** |
| [ ]  약물 사용 치료 기록 (42CFR 2부) |  [ ]  범죄 기록 | [ ]  기타: 여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다. |
| [ ]  의료 건강 기록 |  [ ]  재정 정보 |  |
| [ ]  정신 건강 기록 |  [ ]  연방/주 혜택 기록 |   |
|  |
| -서비스, 치료, 지불 및 의료 운영의 경우;-지역, 주 또는 연방 감사 또는 보고 요건에 응답하는 경우;-다음의 목적(구체적인 목적): *여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다.* |

**재공개:**

|  |
| --- |
| * 이러한 기록이 연방 약물 사용 기밀 유지 규정 (42 CFR 2부)에 의해 보호되는 경우, 본인은 본 승인에 따라 공개된 약물 사용 장애 정보는 추가 공개가 금지되며, 42 CFR 2부에 의해 달리 허용하지 않는 한, 약물 사용 장애 환자를 형사 조사하거나 기소하는 데 본 정보를 사용할 수 없음을 이해합니다.
* 이러한 기록이 42 CFR 2부에 의해 보호되지 않는 경우, 본인은 본 승인에 따라 사용 또는 공개된 정보는 재공개될 수 있으며 더 이상 연방 HIPAA 규정에 의해 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.
 |

**본인은 다음을 이해합니다:**

* 법인이 이미 조치를 취한 경우를 제외하고는 언제든지 의뢰 기관에 통보하여 본 승인을 취소할 수 있습니다.
* 본인은 본인에 대한 어떤 정보가 공유되었고 누구와 공유되었는지 알 권리가 있습니다.
* CSB와 HD는 본 승인의 서명 여부에 따라 치료, 지불 또는 혜택 자격을 조건으로 삼을 수 없습니다.
* 버지니아주법에 따라, 서비스에 대한 CSA 자금을 받으려면 의뢰 기관은 정보에 입각한 온전한 평가를 위해 서비스, 치료 및/또는 교육 기록을 FAPT에 공개해야 하며, OCS 및 DBHDS에 특정 정보를 제공해야 합니다.
* 본 승인에 근거하여 약물 사용 장애 정보를 공개하는 법인은 해당 공개의 목적을 달성하기 위해 필요한 최소한의 정보만 공유해야 합니다.
* 본 승인은 본인의 자유 의지에 따라 제공된 것입니다. 본인은 이 승인서의 사본을 받았거나 본인의 파일에 사본이 보관되어 있습니다.

***동의자의 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**이 승인은 상기 서명일로부터 고객의** **CSA 서비스 참여가 종료될 때까지 유효하며,**

***또는* 다음 날짜까지 유효합니다** 날짜를 입력합니다. (날짜)

양식 설명자의 이름: *여기를 클릭하거나 탭하여 텍스트를 입력합니다.*

\*\* 양식에 대문자로 표시된 모든 용어는 HIPAA, 42 CFR 2부 및 아동 서비스법에 정의되어 있습니다.

**기밀 정보 교환 동의서 작성 지침**

본 양식은 CSA 서비스를 요청하는 모든 청소년, 가족 구성원 및/또는 법적 보호자/후견인이 정확하고 완전하게 작성해야 합니다. 사례 관리자는 사전 동의를 얻기 위해 반드시 양식에 대해 설명해야 합니다.

* **부모/보호자의 전체 성명**: CSA 서비스를 요청하는 부모/보호자의 성명을 정자로 기재합니다.
* **생년월일**: 부모/보호자의 생년월일을 입력합니다.
* **법적 주소**: 부모/보호자의 법적 주소를 입력합니다.
* **이메일**: 부모 또는 보호자의 이메일 주소를 정자로 기재합니다. CSA는 환영 서신을 통해 부모/보호자와 소통거나 설문조사를 통해 일반 정보를 요청하기 위해 이메일 주소를 사용할 수 있습니다.
* **CSA 서비스를 받는 아동의 이름/생년월일**: CSA 서비스를 받고 있는 귀하의 보살핌을 받는 아동의 이름과 생년월일을 입력합니다.
* **기타 서비스 제공업체 또는 기관**: 정보를 교환할 기관을 나열하는 단락에 나열되지 않은 다른 서비스 공급업체 또는 사람은 이 곳에 포함되어야 합니다.
* **교환할 정보 확인**: 동의서 작성자는 모든 정보를 교환하는 데 동의하는지 아니면 표시한 정보만교환하는 데 동의하는지 확인해야 합니다. 후자를 선택하는 경우, 아래의 관련 네모 칸에 표시해야 합니다. 사례 관리자는 특정 정보에 표시하지 않으면 가족은 해당 서비스 영역에서 CSA 서비스를 받지 못할 수 있음을 설명해야 합니다.
* **기타 정보**: 위 네모 칸에 포함되지 않았지만 교환해야 하는 정보가 있다면 이 곳에 기재할 수 있습니다.
* **목적:** 해당 정보를 교환하는 추가 목적을 여기에 기재해야 합니다.
* **서명**: 부모 또는 법적 보호자는 이 곳에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.
* **양식 설명자**: 사례 관리자의 이름은 여기에 기재합니다.
* **만료 날짜**: 동의는 종료일을 입력하지 않는 한, CSA 서비스가 중단될 때까지 유효합니다.

***\*주의 사항:*** *본 동의를 무효화하려면,* *DFSCSA@fairfaxcounty.gov* *로 서면 요청을 보내 동의를 철회할 수 있습니다. 동의를 철회하면 모든 CSA 자금 지원이 자동으로 종료됩니다.*

2페이지는 정보 전달용입니다

1페이지만 제출하기 바랍니다