



정보 배포

아동명	생년월일	작성일
지침		
<p>시스템 진입점(SPOE)에서는 아동 또는 가족의 개인정보를 요청하거나 또는 퍼스트 스텝 프로그램 밖 외부인과 공유하기 전에 먼저 부모의 동의를 받아야 합니다.</p> <p>서비스 코디네이터는 이 양식의 각 섹션을 부모에게 설명하여 특정 정보를 요청하거나 또는 아래 지칭된 개인/기관과 공유할지 여부를 부모가 결정할 수 있게 해야 합니다. 부모의 결정에 기초하여 서비스 코디네이터는 해당 네모칸에 체크 표시를 합니다.</p> <p>부모는 아동 또는 가족 정보를 요청하거나 또는 공유하기 전에 이 양식에 서명 및 날짜를 기재하여 서비스 코디네이터에 반송해야 합니다. 서비스 코디네이터의 연락처 정보는 아래 나와 있습니다.</p>		
목적		
퍼스트 스텝 SPOE _____은 다음의 개인/기관과 연락할 수 있습니다.		
개인 성명/기관명	주소/전화 번호	
<p>본인의 자녀와 가족에 관한 정보는 (하나만 체크해 주세요)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 퍼스트 스텝 SPOE 와 외부 개인/기관 간 공유할 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 외부 개인/기관이 요청할 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 퍼스트 스텝 SPOE 에서 외부 개인/기관에게 배포할 수 있습니다. 		
<p>이 연락처는 다음과 같은 작업을 돕는데 이용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 퍼스트 스텝 참여조건을 만족하는지 결정 <input type="checkbox"/> 개별화 가족지원 계획 (IFSP) 수립 <input type="checkbox"/> 아동의 서비스와 진도 <input type="checkbox"/> 유아특수교육(ECSE)으로 이동 <input type="checkbox"/> 기타: _____ 		
정보 유형		
<p>요청 또는 공유할 정보의 유형:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 아동의 전체 조기 개입 기록 <p>또는 특정 기록은 아래에 기재해 주십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 건강 및 의료 기록. 구체적으로 기재해 주십시오. _____ <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> 평가와 심사 기록 구체적으로 기재해 주십시오. _____ <input type="checkbox"/> 제공자 진도 노트 <input type="checkbox"/> ECSE 적격성 문서화 <input type="checkbox"/> 퍼스트 스텝 적격 여부를 모르는 경우 디렉토리 정보 <input type="checkbox"/> 퍼스트 스텝 (_____)에 소개된 날이 아동이 3세가 되기 전 90일입니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 기타: _____ 		

아동명	생년월일
동의 조건	
<p>본인은 아래와 같은 사항을 인지하고 있음을 이 양식에 서명함으로써 확인합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인은 공유 또는 수신된 정보를 검사 및 사본을 요청할 권리가 있습니다. • 개인/기관에서 받은 정보는 아동의 조기 개입 기록의 일부가 됩니다. • 퍼스트 스텝에 보낸 기록은 가족 교육권 및 프라이버시 법(FERPA)에 의해 허용되는 바와 같이 퍼스트 스텝에 의해 재공개될 수 있습니다. • 의료정보 요청에 대해 본인이 동의서를 제공하지 않으면, 퍼스트 스텝 SPOE 는 가용 정보에 기초하여 적격성 및/또는 서비스를 결정할 것입니다. • 본인의 자녀가 퍼스트 스텝 프로그램에 참여할 자격이 되면, 본인이 서명을 하지 않더라도 본인은 여전히 프로그램에 등록되어 있고 서비스를 받을 수 있습니다. • 배포된 정보에는 유전자 검사 또는 정신건강 서비스, 후천성 면역 결핍증(AIDS), 인간 면역결핍 바이러스 (HIV), 약물중독 치료에 관한 정보가 포함될 수 있습니다. • 본인은 언제든지 정보의 배포를 철회할 권리가 있습니다. 본인이 정보의 배포를 철회하려면 서면으로 해야하며, 정보의 배포를 철회하겠다는 의사를 서면으로 작성하여 서비스 코디네이터에게 제출해야 합니다. 본인은 또한 배포 철회 전에 배포된 정보에 기초하여 이미 취해진 조치는 영향을 받지 않는다는 점을 이해합니다. 	
정보의 배포는 본인이 만료일을 명시하지 않을 경우, 본인의 자녀가 더 이상 퍼스트 스텝 서비스를 받지 않을 때까지 유효하게 유지됩니다.	만료일자
동의	
본인은 이 양식에 서명함으로써 이 양식에 명시된 정보의 요청 또는 공유와 관련하여 본인의 동의서를 자발적으로 제공함을 확인합니다.	
부모 서명	부모 서명일
부모 성명	
서비스 코디네이터	
서비스 코디네이터 이름	서비스 코디네이터 전화번호
기관명 및 주소	기관 팩스 번호
SPOE 용도로만 사용 가능	
기관 대표 서명	기관 수신일