

조지아 홈리스 관리 정보 시스템 (GA HMIS) 공동 작업

고객 정보 공유 동의 취소

본인은 GA HMIS 참여 기관이 GA HMIS 에 입력된 저와 제 가족의 정보를 공유하는 것에 동의하지 않습니다. 본 양식에 서명함으로써 본인이 향후에 다시 동의할 때까지, 기관이 본인의 정보에 액세스하고 공유할 수 없음을 이해합니다. 또한 취소하더라도 이미 공개된 내용에는 영향을 미치지 않으며 과거에 수집된 본인의 정보는 삭제되지 않음을 이해합니다.

서명 및 승인

아래에 서명함으로써 귀하는 본 양식을 읽었으며 (또는 누군가가 읽어 주었으며) 질문에 대한 답변을 받았음을 이해합니다.

고객/ 법적 보호자 이름 (인쇄체로 기재 요망): _____

생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리 _____

서명 _____ 날짜 _____

미성년자 자녀 (있는 경우):

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리 _____

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리 _____

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리 _____

For Agency Personnel Use Only (기관 직원 전용):

Print Name of Organization

Print Name of Organization Staff

Signature of Organization Staff

Date

조지아 홈리스 관리 정보 시스템(GA HMIS) 공동 작업에 관한 고객의 정보 공유 동의

조지아 홈리스 관리 정보 시스템("GA HMS")은 온라인 데이터베이스로서 조지아주의 주거 및 홈리스 서비스에 액세스하는 고객에 관한 정보(데이터)를 수집하기 위해 사용됩니다. 주택 및 도시 개발국(HUD)과 기타 연방 및 주 파트너들로부터 홈리스를 위한 기금을 받는 기관은 그들의 서비스를 받는 사람에 대한 기본 정보를 수집하고 저장해야 합니다. 이 기관들은 GA HMIS 에 참여하고 있으며 귀하가 이 기관들의 서비스를 요청하고 수락하는 것은 자신의 개인 정보를 GA HMIS 에 입력해도 좋다는 동의를 의미합니다. 이러한 정보를 통해 귀하의 필요를 결정하고 귀하와 귀하의 가구에게 지원 서비스를 제공하게 되며 귀하가 서명한 동의서를 토대로 다른 기관들과 이러한 데이터베이스의 정보를 공유하게 됩니다.

HMIS 의 어떤 정보들이 공유됩니까?

저희는 귀하의 일반적이고 보호되는 개인 정보를 수집하여 GA HMIS 에 기록합니다. HMIS 를 통해 공유되는 정보는 귀하의 상황에 따라 다르며 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

- 기본 신원 정보(이름, 사회 보장 번호, 생년월일, 성별, 인종/민족, 결혼 여부 및 가족 상태, 가족 관계, 연락 정보, 참전 용사 여부, 장애 상태 포함)
- 홈리스 및 주거 내력(현재 주거 상태, 현재 또는 이전 생계 상황, 서비스 이용 장소와 시기 포함)
- 소득 정보(출처 및 가구 소득 금액, 고용 정보, 직업 기술) 및 비현금성 또는 공공 혜택과 같은 기타 정보
- 법적 기록/정보
- 정신 건강 및 약물 남용 문제 또는 HIV 상태(단, 상세한 의료 정보나 치료 정보는 결코 공유되지 않음), 건강 보험 유형을 비롯한 일반적인 자가 보고된 병력
- 서비스를 원하는 이유, 필요한 서비스 및 제공된 서비스의 결과
- 비상 연락 정보
- 특정한 프로젝트(예: 재향 군인 여부, 교육 배경, 고용 배경, 성적 취향 등)의 자격 요건에 필요한 기타 정보

정보 공유를 통해 얻는 이점은 무엇인가요?

GA HMIS 에 정보를 제공함으로써 귀하나 귀하의 가족에게 가장 효과적인 서비스를 조정할 수 있습니다. 정보를 공유하게 되는 경우, 귀하는 여러 번의 심사를 받을 필요가 없고, 보다 빠르고 맞춤형 서비스를 받을 수 있으며, 귀하에 관한 "정보"를 수 차례 반복해서 말할 필요가 없습니다. 이러한 정보를 수집할 경우 저희는 해당 지역의 홈리스 상황과 그 지역에 제공되는 서비스의 효과성에 대해 더 잘 이해할 수 있습니다.

누가 제 정보에 액세스할 수 있습니까?

GA HMIS 에 참여하는 기관이 필요한 경우 데이터에 액세스할 수 있습니다. 이러한 기관에는 홈리스 서비스 제공업체, 기타 사회 서비스 기관, 주거 제공업체, 건강 관리 제공업체 및 시스템 관리자가 포함될 수 있습니다. 드물게 법으로 요구되거나 연구 목적으로 사용되는 등의 경우, GA HMIS 참여 기관 이외의 기관이 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다(단, 일반 대중에게는 공개되지 않음). 자세한 내용을 원하시면 개인 정보 보호 정책(Privacy Policy) 사본을 요청하십시오.

제 개인 정보는 어떻게 보호됩니까?

HMIS 의 사용자 정보는 비밀번호 및 암호화된 전송 기술로 보호됩니다. 또한 참여하는 모든 기관과 시스템 사용자는 정보의 보안과 기밀 유지를 위해 계약서에 서명해야 합니다. 귀하의 정보는 연방 HMIS 개인 정보 보호 기준에 의해

보호됩니다. 일부의 경우, 참여 기관에서 제공하는 서비스에 따라 귀하의 정보는 연방 또는 주의 추가 규정에 의해 보호될 수 있으며 공개되기 전에 서면 동의가 추가로 필요할 수 있습니다.

본 양식에 서명함으로써 귀하는 다음 사항을 이해합니다.

- 귀하가 정보를 공유하는 것에 동의하지 않더라도 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하가 정보를 공유하는 데 동의한다고 해서 자동으로 서비스가 보장되는 것은 아닙니다.
- 귀하는 본 동의서 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 귀하가 동의할 경우, 다른 동의서에 서명할 필요 없이 귀하와 교류하는 모든 참여 기관이 귀하의 기록을 업데이트할 수 있습니다.
- 귀하의 동의는 만료되지 않으나 고객 정보 공유 동의 취소 양식을 작성하여 제출하는 경우, 귀하는 언제든지 동의를 취소할 수 있습니다. 귀하는 또한 이 동의를 취소하더라도 이전에 동의한 결과로 이미 취해진 조치나 공개된 정보에 대해 소급 적용되어 변경되지 않는다는 것을 이해합니다.
- GA HMIS 개인 정보 보호 정책에는 귀하의 정보가 어떻게 사용되고 공개되는지에 관한 보다 상세한 정보가 포함되어 있습니다.
- 귀하가 요청할 경우, 저희는 귀하에게 다음을 제공해야 합니다(해당되는 경우).
 - 고객 정보 공개 동의 취소 사본
 - GA HMIS 개인 정보 보호 정책 사본
 - 요청 후 5 일(영업일 기준) 이내에 귀하의 HMIS 기록 전체 사본(케이스 메모 제외)
 - 귀하의 데이터에 액세스할 수 있는 참여 기관의 현재 목록
- 귀하의 기록에 부정확하거나 불완전한 보호되는 개인 정보가 있는 경우, 귀하는 정정을 요청할 수 있습니다.
- HMIS 에서 공개되는 집계나 통계 데이터는 귀하의 보호되는 개인 정보를 공개하지 않습니다.
- 기관이 귀하의 비밀 유지를 위반했다고 생각되는 경우, 귀하는 해당 기관에 대한 고충 민원 신청을 제기할 권리가 있습니다.
- 서비스 제공을 위해 귀하를 다른 기관에 위탁해야 하는 경우, 위탁이 순조롭게 이뤄지기 위해 HMIS 를 통해 귀하의 특정 정보가 전달될 수 있습니다. 귀하가 정보를 공유하는 데 동의하지 않을 경우, 참여하는 제공업체가 귀하의 서비스 필요를 통합적으로 제공하는 데 부정적인 영향을 미칠 수 있습니다.
- 귀하는 연방 또는 조지아 법에 따라 보호되는 권리를 포기한 것이 아닙니다.

서명 및 승인

아래에 서명함으로써 귀하는 본 고객 동의서를 읽었으며 (또는 누군가가 읽어 줬으며) 질문에 대한 답변을 받았음을 이해합니다. 아래 옵션 중 하나를 선택하여 공유 환경 설정을 표시해 주십시오.

- 본인은 본인과 미성년 자녀(아래의 열거된 바에 해당되는 경우)의 정보가 본 동의서에 명시된 대로 GA HMIS 에서 공유되는 것에 동의합니다.
- 본인과 미성년 자녀(아래의 열거된 바에 해당되는 경우)의 기본 신원 정보가 본 동의서에 명시된 대로 GA HMIS 에서 공유되는 것에 동의합니다. 그러나 고객 정보 공유 동의 - 추가 양식에 명시된 다른 정보의 공유를 제한하고자 합니다.
- 본인의 정보가 GA HMIS 에서 공유되는 것에 동의하지 않습니다. 본인은 정보 공유에 동의하지 않음으로써 GA HMIS 참여업체가 제공하는 서비스의 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.

고객/ 법적 보호자 이름 (인쇄체로 기재 요망): _____

생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리 _____

서명 _____ 날짜 _____

미성년자 자녀 (있는 경우):

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS 의 마지막 4 자리

For Agency Personnel Use Only (기관 직원 전용):

Print Name of Organization

Print Name of Organization Staff

Signature of Organization Staff

Date

조지아 홈리스 관리 정보 시스템(GA HMIS)
공동 작업에 대한 고객 정보 공유 동의서 - 추가 양식

설명:

고객 정보 공유 동의서 양식에서 일부/제한 옵션을 선택한 경우, 이 추가 양식에 공유 동의에 대한 제한 사항을 적어 주십시오. 미성년 자녀를 대신하여 본 양식을 작성하는 경우, 정보 공유 동의서에 적힌 자녀 1 명당 1 개의 추가 양식을 사용하십시오.

고객 이름: _____ 생년월일: _____ SS의 마지막 4 자리 _____

서명 _____ 날짜 _____

기관 제한사항

다음 중에서 하나를 선택한 후, 기관을 적어 주십시오(담당 직원이 기관 목록 제공 가능).

GA HMIS 를 통해 다음 기관에게 본인의 정보를 공유하는 것을 제한하고 싶습니다.

다음 기관을 제외하고, GA HMIS 에 참여하는 모든 기관이 본인의 정보를 공유하도록 허용합니다.

데이터 제한사항

다음 중에서 하나를 선택한 후, 해당 정보를 적어 주십시오(담당 직원이 해당 정보 선정에 도움을 줄 수 있습니다).

GA HMIS 를 통해 다음 데이터 요소를 공유하는 것을 제한하고 싶습니다.

다음 데이터 요소를 제외하고, GA HMIS 를 통해 본인의 정보를 공유하는 것을 허용합니다.
