

기밀 정보 공유에 관한 크로스오버 아동 청소년 동의서

본 양식은 각 기관이 크로스오버 아동 청소년¹ 및 그 가족을 위한 서비스를 계획하고 조정하며 제공하기 위한 상호 협력을 목적으로 사용할 수 있도록 하기 위해 마련되었습니다.

본 동의서를 자세히 읽은 후 서명하기 전에 담당 변호사가 있는 경우 해당 변호사와 상담하시기 바랍니다. 귀하의 자녀 역시 본 양식에 서명하기 전에 본인의 대리인과 상담해야 합니다.

귀하의 자녀가 최근 체포되었으며 귀하 가정의 아동 복지 케이스가 현재 진행 중이므로 귀하에게 본 양식에 서명할 것을 요청하는 바입니다. 아동 복지 및 청소년 사법제도에서는 현재 법정 절차가 진행중인 귀하의 자녀에게 가장 적절한 서비스를 결정하기 위해 서비스 조정을 위해 양측 시스템이 협력할 수 있는 방법을 논의할 것입니다.

귀하의 동의 없이는 각 기관간의 정보 공유는 불가합니다. 귀하의 자녀가 정신 건강, 약물 남용 또는 알코올 치료와 같은 특정 치료에 동의했던 경우, 귀하의 자녀만이 해당 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다. 귀하(또는 귀하의 자녀)가 본 양식에 서명하지 않기로 결정하더라도, 이는 귀하의 자녀의 범죄 케이스에 영향을 주지 않을 것입니다. 해당 범죄 케이스는 그대로 진행될 것이나, 법원 명령이 있는 경우가 아니면 제공자 간의 의사소통은 더 이상 지속되지 않을 것입니다.

파트 1: 정보 공유가 필요한 이유

해당 정보에 대한 공유는 아동 및 가정 대상 서비스를 제공하는 양측 기관의 조정을 돕고 가장 적절한 조치를 파악하기 위함입니다. 이러한 정보 공유의 목적은 해당 서비스 및 업무가 아동의 필요를 충족시키고 이미 발생한 의뢰 내용과 상충하지 않도록 하는 것입니다. 해당 정보는 논의 중인 청소년에 대한 서비스를 조정하기 위해 공유됩니다.

파트 2: 정보 이용자

본인은 뉴욕 시 집행유예 부서(Department of Probation, DOP), 뉴욕 시 아동 서비스국(Administration for Children's Services, ACS), 다음에 제시된 위탁 보호 및/또는 예방 서비스 기관, 모든 구금 프로그램의 대안, 일자리 프로그램의 대안, 또는 안정/제한 안정/비 안정 일자리 제공자, DYFJ 구금 및 다음에 제시된 기타 모든 사람(DOP 및 ACS 를 제외하고, 반드시 다음에 명시된 모든 개인, 단체, 프로그램 및/또는 기관)이 해당 정보를 공유 및 논의하는 데 동의합니다:

파트 3. 공유 대상 정보

청소년 사법 정보

본인의 자녀의 범죄 케이스에 관한 아래 정보를 ACS 와 상기 명시된 해당 기관 및 사람이 공유할 수 있습니다(해당 사항에 모두 체크).

- 관련 있는 경우, 본인 자녀의 가장 최근의 체포와 관련된 사실
- 본인 자녀의 학업 기록(해당하는 기록에 체크)
 - 학교 입학 이력
 - 출석 기록

¹ “크로스오버 아동 청소년”이란 아동 복지 및 청소년 사법 제도에 모두 해당되는 청소년을 말합니다.

- 성적표
- 특별 교육 분류(해당하는 경우)
- 기타:

집행유예 준수, ATD 준수/참석 또는 ATP 준수/참석

기타 정보(여기에 자세히 기재):

ACS 및 위탁 보호/예방 기관 정보

청소년 범죄 케이스가 진행되는 동안 ACS 및 위탁 보호/예방 기관은 본인의 자녀에 관한 아래 정보를 DOP 및 상기 파트 2 에 명시된 기관 및 사람들과 공유할 수 있습니다(해당 사항에 모두 체크).

해당 자녀가 포함된 SCR 보고서(편집될 수 있는 보고자에 관한 모든 정보 제외)

다음을 포함한 위탁 보호 정보:

- □□
- □□(□□ □ □□ □□ □□□□ □□□ □□ □□)
- □ □□ □□ □□
- □□ □ □□ □□ □□
- □□ □□□□ □□□ □ □□ □□
- , □□, □□ □□ □ □□ □□

다음을 포함하는 현재 제공되는 예방 서비스(본인 및 본인 자녀 이외의 당사자 관련 정보 제외) 관련 정보(서비스 기재):

본인 자녀의 학업 기록(해당하는 기록에 체크):

- 학교 입학 이력
- 출석 기록
- 성적표
- 특별 교육 분류(해당하는 경우)
- 기타

본인 자녀의 정신 건강 정보(진단, 현재 치료 정보, 투약 정보 포함) (귀하의 자녀가 정신 건강 치료에 동의했던 경우, 해당 자녀만이 정신 건강 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다.)

본인 자녀의 약물 남용 또는 알코올 치료 정보(진단, 현재 치료 정보, 투약 정보 포함) (귀하의 자녀가 정신 약물 남용 또는 알코올 치료에 동의했던 경우, 해당 자녀만이 약물 남용 또는 알코올 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다.)

공유 정보를 보유한 기타 기관

상기 파트 2 에 명시된 해당 범죄 케이스와 관련된 기타 기관은 본인 자녀에 관한 아래 정보를 DOP, ACS 및 위탁 보호/예방 기관 및 기타 자격에 부합하는 상기 명시된 참여자와 공유할 수 있습니다(해당 항목을 모두 선택하고 정보 공유가 허가된 모든 해당 기관을 기재).

교육부: 학업 기록(여기에 자세히 기재):

정신 건강 서비스 제공자: 본인 자녀에 관한 정신 건강 정보(진단, 현재 치료 정보, 투약 정보 포함) (귀하의 자녀가 정신 건강 치료에 동의했던 경우, 해당 자녀만이 정신 건강 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다.)

약물 남용 또는 치료 제공자: 본인 자녀의 약물 남용 또는 알코올 치료 정보(진단, 현재 치료 정보, 투약 정보 포함) (귀하의 자녀가 정신 약물 남용 또는 알코올 치료에 동의했던 경우, 해당 자녀만이 약물 남용 또는 알코올 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다.)

기타 정보를 기재하십시오(정보를 제공하는 기관/조직 이름 포함):

파트 4: 정보 이용 방법

해당 정보의 공유는 다음 방법에 한해 제한적으로 이루어집니다.

(예를 들어, 해당 정보가 특정 시기 또는 특정 서비스에 대해 제한되어야 하는 경우 본 파트에 기재해 주십시오. 그러한 요청이 필요한 정보가 없는 경우, "제한 없음" 이라고 기재하십시오.)

파트 5: 동의서 종결 시점

본 동의서는 범죄 케이스가 법원 또는 처분 서비스 배정에 의해 기각되는 경우 종결됩니다.

본인은 첨부 양식을 작성한 후 제공된 주소로 우편을 보내 언제든지 본인이 본 동의서를 종결할 수 있음을 이해합니다. 또한, 본 동의서가 종결되기 이전에 공유된 기록은 반환되지 않음을 이해합니다.

파트 6: 재공개

본인은 본인 자녀가 다음 서비스 및 활동에 참여하는 것에 동의합니다:

본 계획을 실행하기 위해, 본인은 해당 정보를 다음 사람/기관에게 공유하는 것에 동의합니다:

다음 정보는 공유 대상이 아닙니다: (아동 복지 직원은 공유된 정보의 기밀 유지를 보장하지 않습니다. ACS 는 법 또는 계약에 따라 허용되는 재공개를 제한하지 않습니다.)

파트 7: 동의

본인은 주 및 연방 법이 아동 복지, 정신 건강, 알코올 또는 약물 남용 및 학업 기록을 제공받는 사람들이 허가 없이 해당 기록을 재공개하는 것을 금지함을 이해합니다. 또한, 본인은 해당 정보는 본 양식에 명시된 방식으로만 공개된다는 점을 이해합니다.

연방/주 법 및 규정에 따라 해당 자녀에게 직접 기밀을 유지할 권리가 있는 모든 정보는 해당 자녀의 서면 동의서 없이는 공유할 수 없습니다. (성 건강 또는 생식 건강, HIV 및 AIDS 와 관련된 기록의 경우가 그 예입니다.) 해당 자녀는 동의하기 전에 담당 대리인과 상담해야 합니다.

*아동 복지 직원은 공유된 정보의 기밀 유지를 보장하지 않습니다. ACS 는 법 또는 계약에서 요구하는 재공개를 제한하지 않습니다.
본 면담에 관한 정보는 케이스 기록에 문서로 작성될 것이며 그러한 정보가 생성되면 케이스 계획, 후속 법적 절차 및 신규 학대 혐의 조사에 이용될 것입니다.

부모/보호자			
자녀와의 관계			
자녀 이름			
자녀 생년월일			
부모/보호자 서명		날짜	
자녀 서명 <i>귀하의 자녀가 정신 건강, 약물 남용 또는 알코올 치료와 같은 특정 치료에 동의했던 경우, 귀하의 자녀만이 해당 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다.)</i>		날짜	

중요 크로스오버 연락처

집행 유예 사무실		전화	
집행 유예 감독자		전화	
ACS/기관 연락처		전화	
기타 연락처		전화	

동의서 종결

부모 또는 자녀가 동의를 철회하는 경우에만 작성하십시오

본인은 본 양식에 서명함으로써 ACS, 모든 ACS 와 계약을 맺은 기관 및 집행 유예 부서가 서로 본인 자녀의 범죄 케이스 또는 본인 자녀의 아동 복지와 관련한 정보를 공유하는 것을 더 이상 원치 않음을 밝히는 바입니다.

귀하의 자녀가 정신 건강, 약물 남용 또는 알코올 치료를 포함한 특정 치료 정보를 공유하기로 동의했던 경우, 귀하의 자녀만이 해당 치료 정보의 공유에 동의할 수 있습니다.

본 정보를 다음 주소로 보내주십시오:

이름		연락처 정보	
이름		연락처 정보	

본 양식에 서명함으로써 본인은 법이 정보 공개를 허용하는 경우를 제외하고 아래 정보 공유에 대한 동의를 종결하는 바입니다.

청소년 사법 정보

- 본인 자녀의 가장 최근의 체포와 관련된 사실
- 본인 자녀의 학업 기록(해당하는 기록에 체크)
 - 학교 입학 이력
 - 출석 기록
 - 성적표
 - 특별 교육 분류
 - 기타:
- 집행유예 준수, ATD 준수/참석 또는 ATP 준수/참석
- 기타 정보(여기에 자세히 기재):

ACS 및 위탁 보호/예방 기관 정보			
<input type="checkbox"/> 해당 자녀가 포함된 SCR 보고서			
<input type="checkbox"/> 다음을 포함한 위탁 보호 정보: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 서비스 계획 <input type="checkbox"/> 서비스 참여(본인 및 본인 자녀 이외의 당사자 관련 정보 제외) <input type="checkbox"/> 영구성 및 계획 수립 목적 <input type="checkbox"/> 자녀의 현재 및 과거 배치 기록 <input type="checkbox"/> 아동 복지 케이스의 재판일 및 절차 기록 <input type="checkbox"/> 청원, 조사 결과, 처분 명령 및 기타 명령 <input type="checkbox"/> 상기 내용 모두 해당 			
<input type="checkbox"/> 본인 자녀와 관련해 본인 가정에 제공되는 예방 서비스 관련 정보:			
<input type="checkbox"/> 본인 자녀의 학업 기록(해당하는 기록에 체크): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 학교 입학 이력 <input type="checkbox"/> 출석 기록 <input type="checkbox"/> 성적표 <input type="checkbox"/> 특별 교육 분류 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 상기 내용 모두 해당 			
<input type="checkbox"/> 본인 자녀의 정신 건강 정보(진단, 현재 치료 정보, 투약 정보 포함) (귀하의 자녀가 정신 건강 치료에 동의했던 경우, 해당 자녀만이 정신 건강 치료 정보의 공개에 동의할 수 있습니다.)			
<input type="checkbox"/> 본인 자녀의 약물 남용 또는 알코올 치료 정보(진단, 현재 치료 정보, 투약 정보 포함) (귀 자녀가 약물 남용 또는 알코올 치료 정보 공유에 동의했던 경우, 귀 자녀만이 본 정보 공유에 동의할 수 있습니다.)			
부모/보호자 이름			
자녀와의 관계			
자녀 이름			
자녀 생년월일			
부모/보호자 서명		날짜	
자녀 서명 (귀하의 자녀가 정신 건강, 약물 남용 또는 알코올 치료를 포함한 특정 치료 정보를 공유하기로 동의했던 경우, 귀하의 자녀만이 해당 치료 정보의 공유에 동의할 수 있습니다.)		날짜	