

DHS 쉼터 이주를 위한 환자의 퇴원 동의서(DHS 독신 성인 쉼터 및 STREET SOLUTIONS 시설 적용)

신규 추천 건만 해당

건강 관리 시설 이름: _____

환자 이름: _____

담당 복지사 이름: _____

본인, _____은(는) DHS 쉼터에 이주하는 데
(환자 이름)

동의합니다.

또는 **Safe Haven**. 지금은 이주할 다른 여지가 없거나, 권유를 받았지만 본인이 다음 배정 장소를 거부했습니다.

본인은 대부분의 쉼터와 **Safe Haven**에는 현장 의료 및 24시간 상시 간호 서비스가 없다는 사실을 알고 있습니다. 본인은 일상에서 이뤄지는 모든 활동을 스스로 알아서 해야 한다는 사실을 알고 있습니다.

본인은 해당 의료 정보를 공개하지 않고 DHS 쉼터 시스템을 이용할 수 있다는 사실을 알고 있습니다. 본인에게도 이 양식의 사본이 있습니다.

병원 대리인 서명

날짜

환자 서명

날짜