

뉴욕 주
아동 및 가족복지부
시각 장애 재활국
기밀 정보의 공개

고객 이름: _____

식별 번호: _____

본인은 이로써 뉴욕 주 시각 장애 재활국(New York State Commission for the Blind, NYSCB)에 본인에 대한 직업 재활 서비스를 효과적으로 계획하고 제공하는 데 필요할 경우 아래에 해당하는 정보를 이용 또는 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은, 본인의 허가에 따라 이미 조치를 취한 경우를 제외하고, NYSCB에 서면으로 추후의 정보 공개를 원하지 않는다는 견해를 밝혀 본 정보 공개에 관한 의사를 변경할 수 있습니다. 정보 공개 및 이용에 관한 본인의 허가는 ____ / ____ / ____까지만 유효하며 본 양식에 본인이 서명한 날로부터 1년 이후에는 적용되지 않습니다. 본 허가는 NYSCB에서 본인의 케이스를 종료하는 경우 자동으로 효력을 잃습니다.

정보 유형:

정보 이용의 목적 및 사유:

본 정보를 공개하는 사람:

직책:		
이름:	성:	
도로명:	스위트/아파트:	
도시:	주:	우편번호:
기관:		

본 정보를 열람하는 사람:

직책:		
이름:	성:	
도로명:	스위트/아파트:	
도시:	주:	우편번호:
기관:		

본인은 명시된 정보가 기밀 사항이며 본인의 재활 프로그램에 관여하는 개인 및 기관 또는 시설 직원이 그 전용권을 갖는다는 사실을 이해합니다.