

# 회복과 학업 프로그램 서비스 승인과 비밀 보장 정보의 공유 허가서 (Recovery and Academic Program Consent for Services and Authorization for Release of Confidential Information)

Office of Student and Family Support and Engagement  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)  
Carver Educational Services Center (CESC)

850 Hungerford Drive, Room 50, Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 335-75A  
2018년 8월



## 클라이언트/의뢰인 정보

클라이언트의 법적 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
주소 (거리, 시, 주, zip코드): \_\_\_\_\_  
이메일: \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

## 서비스에 관한 동의

본인은 회복과 학업 프로그램 지원서(Application for the Recovery and Academic Program-RAP) 서비스를 시작 날짜(Date of Enrollment) 부터 승인합니다. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

본인은 PAP에 관련된 교육적 목적으로의 사진, 비디오, 오디오 녹음의 녹취와 사용을 허락합니다.

Landing이 소셜미디어를 통해 RAP 학생에게 연락하는 것을 승인합니다.

본인은 Landing의 방과후 교통편 사용을 승인합니다.

본인은 Landing의 현지 비품사용을 승인합니다.

## 정보 제공

본인은 Landing(Family Services, Inc.의 프로그램)과 \_\_\_\_\_  
에서의 Montgomery County Public School \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_에의  
다음 특정 정보 제공을 승인합니다. 정보는 구두, 전자 및/또는 서면으로 제공될 수 있습니다. 제공의 목적은 다음과 같습니다.  용역제공 (Provision of Service)  지속적 도움(Continuum of Care)  다음 기간의 교육적 프로그램 서비스 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_부터 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_까지

### Landing부터 학교에게:

- 입학평가/등록(Admission Assessment/Intake)
- RAP 출석기록(RAP Attendance Records)
- 회복 개별 계획 진척도 보고(Individual Recovery Plan Progress Report)
- 학생 비상연락용 정보의 갱신(Updates to Emergency Information)
- 회복 정보 진도(Recovery Information Progress)
- 퇴보 정보(Relapse Information)
- 회복 진도의 평가(Assessment of Recovery Progress)
- 기타 \_\_\_\_\_

### 학교부터 Landing에게 (MyMCPS에서의 프린트를 통한 제공):

- 등록정보/비상시 연락처(Enrollment Information/Emergency Contact)
- 학교 성적표(School Report Card)
- 성적증명서(Transcript)
- 출결석 기록의 요약(Attendance Report Summary)
- 훈육보고의 요약(Discipline Report Summary)
- Naviance® 커리어/진로 준비 계획(카운슬러)

이 승인은 서명한 날짜부터 1년 또는 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, 중 먼저 오는 날에 서비스의 종료/완성 후 만료됩니다. 이 승인양식에 포함된 항목을 읽고 이해하였음을 각 항목에 이니셜로 표시합니다.

\_\_\_\_ RAP 프로그램에의 참여는 자원에 따른 것입니다. 그러나 RAP 서비스를 받기 위해서는 개별적인 서비스 조정과 종합적 서비스 제공에 관한 위에 명시된 정보를 공개해야 합니다. 본인이 이 승인을 하지 않을 경우, 본인은 RAP 서비스를 받지 못할 수도 있으며 Landing 프로그램부터 직접적인 서비스를 받지 못할 수도 있습니다.

\_\_\_\_ 본인은 이 정보 제공 승인서(Authorization for Release of Information)에의 서명을 거부할 권리가 있음을 합니다. 본인은 이 건강 정보 승인은 자원에 따른 것임을 이해합니다. 서비스를 받기 위해서 본인은 이 양식에 서명을 할 필요가 없습니다. 본인은 본인이 45 CFR 164.524.에서 제공된 바와 같이 이 정보를 사용하거나 밝힐 수 있음을 이해합니다.

\_\_\_\_ 본인은 확인되지 않은 개인 정보를 MCPS와 Landing간에 RAP의 효과를 평가하기 위해 나누게 될 수도 있음을 이해합니다. RAP 학생이나 학부모/후견인의 어떠한 개인정보도 포함되지 않을 것이며 평가용으로 사용되는 정보는 바로 폐기처분됩니다.

\_\_\_\_ 본인은, Landing의 방과후 교통편 제공과 기술 사용에 관한 책임 정책을 읽고 이해하였습니다.

\_\_\_\_ 본인은 위를 읽었으며 Family Services, Inc.와 위의 개인/기관 이름에게 위에 설명한 정보 제공을 승인합니다. 본인은 이 승인이 신뢰를 두는 행동의 연장인 경우를 제외하고 또한 Sheppard Pratt Notice of Privacy Practices에 명시된 바와 같이 어떠한 경우에도 서면으로 승인을 거둘 수 있음을 이해합니다. 본인은 승인한 자료에는 알코올, 약물남용, 정신관계, HIV 검사, HIV 검사결과 또는 AIDS 정보가 포함될 수 있음을 이해합니다.

\_\_\_\_ 본인은 건강 정보를 본인쪽 승인 없이 지정된 한 곳 외에 제공하는 것은 금지되어 있음을 이해합니다. 본인은 사용되는 건강정보 또는 이 승인에 따라 나타나는 것은 건강 정보가 연방비밀보장 규칙(federal confidentiality rule 42 CFR Part 2)에 따라 보장되는 정보가 아닌 경우를 제외하고는 재사용될 수 있음을 이해합니다. 이 약정은 모든 보상과 책임에서 면책되며 모든 서명은 본 Authorization for Release of Information에 따라 무해한 Family Services, Inc.의 소유입니다.

날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 클라이언트의 서명(Signature of Client): \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 클라이언트의 학부모/후견인의 서명(Signature of Client Parent/Guardian), 승인된 담당자(Authorized Rep): \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 증인 서명(Signature of Witness): \_\_\_\_\_