



자격 판정을 위한 상세 신청서

상세 신청서와 간략 신청서 중 어느 것을 사용해야 합니까?

18세 이상이거나 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 상세 신청서를 사용하십시오.

- 뉴저지주 장애발달과 또는 뉴저지주 자녀 돌봄 시스템(PerformCare)으로부터 발달 장애 서비스를 이전에 신청하지 않은 경우
-또는-
- 뉴저지주 자녀 돌봄 시스템(PerformCare)을 통해 서비스를 받았지만 PerformCare의 18세 미만 자녀의 자격 판정을 위한 신청서를 작성하지 않은 경우.

18세 이상이거나 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 간략 신청서를 사용하십시오.

- 뉴저지주 발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD)를 통해 발달 장애 서비스를 이전에 신청했고 DDD로부터 귀하가 자격이 있다고 통보받은 경우.
-또는-
- 뉴저지주 자녀 돌봄 시스템(PerformCare)을 통해 발달 장애 서비스를 이전에 신청했고 PerformCare로부터 귀하가 자격이 있다고 통보받은 경우.

귀하가 뉴저지주 자녀 돌봄 시스템을 통해 서비스를 이미 신청했는지와 자격이 있는지를 확인하시려면, PerformCare에 **877-652-7624**로 연락하십시오.

귀하가 DDD를 통해 이미 서비스 신청을 했는지와 자격이 있는지를 확인하려면 DDD 접수처에 **800-832-9173**로 연락하십시오 (안내가 나오면, 2를 누른 다음 카운티 번호를 눌러주십시오).

DDD 졸업 일정표(Graduates Timeline)에는 16세부터 21세 학생과 그들의 가족을 위한 정보가 담겨 있습니다 - www.nj.gov/humanservices/ddd/assets/documents/graduates-timeline.pdf

상세 신청서를 사용하든 간략 신청서를 사용하든, DDD는 더 자세한 정보를 얻기 위해 귀하에게 연락을 할 수도 있습니다.

신청서 설명

- 신청서는 18세 이상인 사람, 보호자 또는 18세 이상인 사람을 대신하는 대리인이 작성할 수 있습니다.
- 18세 이상이고 법적으로 본인이 보호자인 신청인은 반드시 신청서와 양식 서류에 서명해야 합니다. (신청인이 신청서 작성에 도움을 받는 경우, 도움을 주는 사람은 증인란에 서명을 해야 합니다.)
- 신청서에 관해 질문이 있거나 신청서 작성에 도움이 필요한 경우, 해당 카운티의 발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD) 주민센터의 사전면접부에 연락하시기 바랍니다.
- 작성하여 서명한 신청서와 모든 증거 서류들을 이메일이나 우편으로 제출해주시요:
이메일: 서명한 신청서와 서류를 스캔하여 첨부파일로 DDD.NJApply@dhs.nj.gov로 제출해주시요. 제목 줄에 다음 사항을 기재해주시요. 즉, 사전면접 신청서("Intake Application"), 개인의 이니셜, 거주하는 카운티(예: Intake Application JS Mercer County).
우편: 서명한 신청서와 서류 사본을 신청인이 거주하는 카운티의 주민센터 DDD 사전면접관에게 우편으로 보내주시요.

서비스가 제공되는 카운티	주민센터(Community Services Office) 위치
Morris, Sussex, Warren	FLANDERS 사무소: 1 Laurel Drive Flanders, NJ 07836 전화번호: 973.927.2600
Bergen, Hudson, Passaic	PATERSON 사무소: 100 Hamilton Plaza, 7th Floor Paterson, NJ 07505 전화번호: 973.977.4004
Essex	NEWARK 사무소: 153 Halsey St., 2nd FL, PO Box 47013, Newark, NJ 07101 전화번호: 973.693.5080
Somerset, Union	PLAINFIELD 사무소: 110 East 5th Street, Plainfield, NJ 07060 전화번호: 908.226.7800
Monmouth, Ocean	FREEHOLD 사무소: Juniper Plaza, Suite 1-J, 3499 Route 9 North, Freehold, NJ 07728 전화번호: 732.863.4500
Hunterdon, Mercer, Middlesex	TRENTON 사무소: PO Box 705, Trenton, NJ 08625 전화번호: 800.832.9173

Atlantic, Cape May, Cumberland, Salem	MAYS LANDING 사무소: 5218 Atlantic Avenue, Suite 205, Mays Landing, NJ 08330 전화번호: 609.476.5200
Burlington, Camden, Gloucester	VOORHEES 사무소: 2 Echelon Plaza, 221 Laurel Rd, Suite 210, Voorhees, NJ 08043 전화번호: 856.770.5900

상세 신청서 – 필요 사항

신청서 및 서류

- 상세 신청서
- 개인정보 취급방침 안내문(기록으로 보관)
- 양식 A: 개인정보 취급방침 안내문 수령 확인서
- 양식 B: 건강정보 공개 허가서
- 양식 C: 의료기록 공개 허가서
- 양식 D: 발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD)에 정보 공개를 위한 동의서
- 뉴저지주 유권자 등록 기회
- 뉴저지주 유권자 등록 신청서

발달 장애 기록문서

신청인의 발달 장애와 관련된 문서를 가능한 한 많이 포함하십시오. 더 많은 문서를 제공할수록, DDD가 신청 처리를 하기가 더 쉬워집니다.

필수	도움이 되지만 필수는 아님
<ul style="list-style-type: none">• 장애에 대한 의료 기록문서• 가장 최근의 심리 평가서(및 IQ 점수)• 신경학적 평가서• 가장 최근의 자녀 학습 팀 또는 성적표• 정신과 평가서	<ul style="list-style-type: none">• 가장 최근의 개인 맞춤화 교육 프로그램(Individualized Education Program, IEP)• 언어치료 평가서• 작업치료 평가서• 물리치료 평가서• 병원 기록

뉴저지주 복지부(NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
발달장애과(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

<ul style="list-style-type: none">• 직업재활서비스과(Division of Vocational Rehabilitation Services, DVRS) 평가• 사용 가능한 모든 심리 보고서	<ul style="list-style-type: none">• 사회성 요약서
--	---

Medicaid 자격 판정 서류

- 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 연간 지급서
- Medicaid 승인 서신
- 의료 혜택 신분증(Medicaid 카드) 사본

신청인이 Medicaid 취득에 어려움이 있으면 DDD의 Medicaid 자격 판정 안내데스크에 연락하십시오. DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov.

연령, 미국 시민권, 뉴저지주 거주 서류

- 참고: 신청인은 DDD를 통해 신청을 하려면 뉴저지주 영주권자여야 합니다.
- 출생 증명서 사본
- 사회보장카드 또는 미국 시민권 증서 또는 그린카드 사본
- 다음 중 하나의 사본:
 - 뉴저지 자동차 등록관리소(Motor Vehicle Commission)가 발급한 사진이 부착된 현재 신분증
 - 급여 명세서
 - W2 양식
 - 부동산 세금 고지서(신청인이 부동산을 소유한 경우만)
 - 뉴저지주로의 주둔지 영구 변경 명령서(신청인의 법적 후견인이 미군에 있는 경우)
 - 유권자 등록 확인 카드

해당 경우, 기타 서류

- 후견인 명령서 사본
- 뉴저지주 직업재활서비스과(DVRS) 기록/평가(F3 양식)

NJCAT 평가

DDD가 신청서와 서류를 접수하고 검토한 후에, 상기 정보가 충족된 경우(접수 직원이 적절하다고

뉴저지주 복지부(NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)

발달장애과(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

판단하는 경우 대면 인터뷰 포함), DDD가 뉴저지 종합 평가 도구(New Jersey Comprehensive Assessment Tool, NJCAT)를 위한 일정을 정할 것입니다.

자격 판정을 위한 상세* 신청서

*발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD) 또는 뉴저지주 자녀 돌봄 시스템(NJ Children's System of Care)을 통해 발달 장애 서비스를 이전에 신청하지 않으셨다면 상세 신청서를 이용해주시오(PerformCare).

섹션 1: 신청인 선언

개정된 법령, 뉴저지 주, 섹션 30:4-25.2에 따라, 복지부 장관에게 뉴저지주 발달장애과(DDD)를 통해 제공되는 서비스 수혜 자격 결정을 신청합니다.

신청인 이름: _____ 성: _____

생년월일: _____

이 신청서에 서명하는 것으로 저는 다음과 같이 선언합니다.

1. 이 신청서와 이와 함께 제출되는 모든 서류는 최대한 정확하게 작성되었습니다.
2. 저는 N.J.A.C. 10:48-1.1(J)에 따라 무자격 판정에 대해 이의를 제기할 기회가 있다는 것을 알고 있습니다.

이 신청은 R.S. 30:4-25.2에 따라 상기 신청인과의 관계 덕분에 신청되는 것입니다.

___ 본인 ___ 신청인의 법적 후견인 ___ 관할 사법권 법원

신청인/법적 후견인 서명(또는 마크): _____ 날짜: _____

증인 이름(정자체): _____

증인 서명: _____ 날짜: _____

증인의 직함 (대행인 또는 법정 대리인인 경우): _____

DDD 직원 전용 – 신청인은 섹션 2로 진행해주시오

기능상의 기준 충족 여부

Medicaid 자격 여부?

정보 불충분으로 종료됨?

___ 예 ___ 아니요

___ 예 ___ 아니요

___ 예 ___ 아니요

직원 1 서명: _____ 날짜: _____

직원 1 직함 및 부서: _____

직원 2 서명: _____ 날짜: _____

직원 2 직함 및 부서: _____

섹션 2: 신청인 정보 및 후견인 신분

신청인 정보

신청인 이름: _____ 생년월일: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: _____

이메일 주소: _____

신청서 작성자(신청인이 작성하지 않은 경우):

이름: _____ 생년월일: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: _____

이메일 주소: _____

이 신청서와 관련하여, 필요한 경우 DDD가 귀하에게 연락을 해도 됩니까? 예 아니요

후견인 상태*

신청인에게 법적 후견인이 있습니까? 예 아니요 **예**를 선택한 경우, 법적 후견인 정보를

기재해주십시오.

후견인 이름: _____ 생년월일: _____

신청인과의 관계: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: _____

이메일 주소: _____

*신청인에게 법적 후견인이 있는 경우, 후견 명령서를 동봉해야 합니다.

섹션 3: 신청인 시민권 및 직업 정보

시민권 정보

출생지(병원 및 주, 또는 미국이 아닌 경우. 국가): _____

(날짜) 이후 뉴저지 거주: _____

1. 신청인이 미국 시민입니까? ___ 예 ___ 아니요
2. 아니요를 선택한 경우, 신청인이 유효한 그린 카드 소지자입니까? ___ 예 ___ 아니요
3. 신청인에 법적 후견인이 있는 경우, 해당 법적 후견인이 뉴저지 주 영주권자입니까? ___ 예 ___ 아니요

직업 정보

1. 신청인이 다른 연방, 주 또는 지방 기관으로부터 서비스를 받고 있습니까? ___ 예 ___ 아니요

예를 선택한 경우, 각각의 기관에 대한 정보를 기재해주시요:

기관 #1 이름: _____

주소: _____ 전화: _____

기관 #2 이름: _____

주소: _____ 전화: _____

기관 #3 이름: _____

주소: _____ 전화: _____

2. 신청인이 학교에 다닙니까? ___ 예 ___ 아니요 예를 선택한 경우, 학교 정보를 기재해주시요.

학교명: _____

학교 주소: _____

학교 연락처 이름: _____ 연락처 전화번호: _____

3. 신청인이 취업자입니까? ___ 예 ___ 아니요 예를 선택한 경우, 고용주 정보를 기재해주시요.

고용주 이름: _____

고용주 주소: _____

고용주 연락처 이름: _____ 연락처 전화번호: _____

4. 뉴저지주 직업재활과가 신청인에게 취업/주간 보호 서비스로 도움을 주었습니까? ___ 예 ___

아니요

5. 신청인이 주거지원 프로그램에서 거주하고 있습니까? (가령, DCF, DCPP, 보딩 홈, 노숙자 쉼터) ___ 예 ___

아니요

예라고 답한 경우, 거주지 정보를 기재하십시오.

거주지 명: _____ 거주지 유형: _____

주소: _____ 전화: _____

섹션 4: 신청인 Medicaid 및 사회보장 정보

(DDD를 통해 서비스를 받으려면, 신청인이 Medicaid를 취득해야 합니다. 신청인이 Medicaid를 취득하는 데 어려움이 있다면, DDD의 Medicaid 자격선정 안내데스크로 연락하십시오. 이메일: DDD.MediEligHelpdesk@dhs.nj.gov)

1. 신청인이 Medicaid에 등록되어 있습니까? ___ 예 ___ 아니요

아니요를 선택한 경우, 신청인이 Medicaid에 신청을 했습니까? ___ 예 ___ 아니요

2. 신청인이 사회보장 장애보험(Social Security Disability Insurance, SSDI) 혜택을 받고 있습니까? ___ 예 ___

아니요

예를 선택한 경우, 월 금액: \$ _____

아니요를 선택한 경우, SSDI 신청 상태는 어떤 상태입니까? ___ 미신청 ___ 신청 보류 ___ 부적격

3. 신청인이 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 수당을 받고 있습니까? ___ 예 ___ 아니요

예를 선택한 경우, 월 금액: \$ _____

아니요를 선택한 경우, SSI 신청 상태는 어떤 상태입니까? ___ 미신청 ___ 신청 보류 ___ 부적격

4. 신청인이 SSDI 또는 SSI를 받고 있다면, 대리 수취인이 있습니까? ___ 예 ___ 아니요

예라고 답한 경우, 대리 수취인 정보를 기재하십시오.

SSDI 수당 대리 수취인

수취인 이름: _____ 신청인과의 관계: _____

주소: _____ 전화: _____

SSI 수당 대리 수취인

수취인 이름: _____ 신청인과의 관계: _____

주소: _____ 전화: _____

섹션 5: 신청인의 가족

신청인의 부모 #1

신청인의 부모 #1: 생존 사망(사망한 경우, 정보를 기재할 필요 없음)

부모 #1 이름: _____ 생년월일: _____

주소: _____

집 전화번호: _____ 휴대폰 번호: _____ 직장 전화번호: _____

부모 #1 결혼 상태: 기혼 이혼 사별 미혼

부모 #1이 미군 퇴역군인입니까? 예 아니요 부모 #1이 응급 시 연락자입니까? 예 아니요

신청인의 부모 #2

신청인의 부모 #2: 생존 사망(사망한 경우, 정보를 기재할 필요 없음)

부모 #2 이름: _____ 생년월일: _____

주소: _____

집 전화번호: _____ 휴대폰 번호: _____ 직장 전화번호: _____

부모 #2 결혼 상태: 기혼 이혼 사별 미혼

부모 #2가 미군 퇴역군인입니까? 예 아니요 부모 #2가 응급 시 연락자입니까? 예 아니요

신청인의 다른 가족 구성원

위에서 이미 포함한 경우 부모는 포함시키지 마십시오.

이름: _____ 생년월일: _____

신청인과의 관계: _____

이름: _____ 생년월일: _____

신청인과의 관계: _____

이름: _____ 생년월일: _____

신청인과의 관계: _____



State of New Jersey
Department of Human Services
P.O. BOX 700
Trenton, NJ 08625-0700

개인정보 취급방침 고지

시행일: 2018년 10월 15일

이 고지는 복지부(Department of Human Services, DHS)의 발달장애과로부터 서비스를 받는 개인에게 적용되며 회신할 필요가 없습니다. 이 고지문에서는 귀하의 의료정보가 사용되고 공개되는 방식과 이 정보에 접근할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 읽어주십시오.

귀하의 권리

- **본인의 기록을 열람하고 복사할 권리.** 대부분의 경우에 본인의 기록을 열람하거나 복사본을 가질 권리가 있습니다. 서면상으로 요청을 해야 합니다. 귀하의 요청에 대해 30일 이내에 답변을 드리겠습니다. 기록 복사 비용이 청구될 수 있습니다.
- **본인의 의료기록의 전자 사본을 받을 권리.** 귀하의 정보가 전자 형식으로 보관되어 있는 경우, 귀하의 전자 기록을 본인이나 다른 개인 또는 단체에 전송해줄 것을 요청할 수 있습니다. 30일 이내에 귀하의 요청에 답변합니다.
- **귀하의 기록을 수정하거나 업데이트할 권리.** 오류가 있다고 생각하시면 저희에게 건강 정보를 수정할 것을 요청하실 수 있습니다. 반드시 서면상으로 요청을 해야 하며 정보를 수정해야 하는 이유를 기재해야 합니다.
- **저희가 귀하에게 연락할 방법을 선택할 권리.** 특정한 방식으로 정보를 공유해달라고 저희에게 요청하실 수 있습니다. 예를 들어, 집 주소 대신 직장 주소로 정보를 보내달라고 요청하실 수 있습니다. 이 요청을 서면으로 해야 합니다. 요청하는 이유를 설명하지 않아도 됩니다. 저희는 불합리한 요청을 거부할 수 있습니다.
- **공개 목록을 받을 권리.** 2003년 4월 14일 이후의 공개 목록을 저희에게 요청하실 권리가 있습니다. 서면으로 요청해야 합니다. 여기에는 치료, 결제 또는 건강 관리 목적에 대한 정보는 포함되지 않습니다. 일 년에 한 번의 요청은 무료로 제공하지만 12개월 이내에 제공되는 추가 목록에 대해서는 비용이 부과될 수 있습니다.

- **침해 통지를 받을 권리.** 보호되어야 할 귀하의 건강정보가 침해되는 즉시 통지를 받을 권리가 있습니다.
- **사용 또는 공개 제한을 요청할 권리.** 귀하의 정보를 사용 또는 다른 사람과 공유하는 방식에 제한을 요청할 권리가 있습니다. 서면으로 요청해야 하며 무슨 정보를 제한해야 하는지 명시해야 합니다. 저희는 제한 요청에 동의해야 할 의무는 없습니다. 특정 용품이나 서비스에 대해 귀하가 본인부담금을 전액 지불한 경우, 해당 용품이나 서비스에 관한 정보를 공개하지 말 것을 요청할 권리가 있습니다. 저희는 항상 그 요청을 존중할 것입니다.
- **허가를 취소할 권리.** 저희가 귀하에게 정보 사용이나 공개 허가서에 서명해줄 것을 요청하는 경우, 귀하는 언제든지 그 허가를 취소할 수 있습니다. 그 요청을 서면으로 해야 합니다. 귀하의 요청이 이미 공유된 정보에는 영향을 주지 않습니다.
- **이 고지문의 사본을 받을 권리** 귀하는 언제든지 이 고지문의 인쇄 사본을 요청할 권리가 있습니다.
- **불만을 제기할 권리.** 귀하의 정보를 사용하거나 공개한 방식에 동의하지 않는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다.
- **귀하를 대신할 사람을 선택할 권리.** 귀하의 개인 대리인으로 합법적으로 지정된 사람이 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강에 관한 선택을 할 수 있습니다.

우리의 의무

복지부는 귀하와 가족을 위한 의료제공자로서의 기능을 합니다. 따라서 저희는 이런 서비스를 제공하기 위해 귀하에 관한 정보를 수집해야 합니다. 저희는 연방법과 주법에 따라 귀하의 정보를 보호해야 하며 이 고지문의 조건을 준수할 것입니다. 저희는 다음의 목적으로 귀하의 허가없이 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.

- **치료 목적.** 귀하의 치료에 관련된 의료제공자에게 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다.
- **결제.** 귀하가 받았거나 받을 의료 서비스에 대해 결제를 받거나 지불하기 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- **의료 운영.** 저희는 사업 관리, 의료 개선 및 필요시 귀하에게 연락하기 위해 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.
- **법적으로 필요한 경우.** 출생, 사망 및 일부 질병과 같은 필수적 기록을 관리하는 공공 보건 기관에 정보를 공개합니다.
- **학대 및 방임 조사.** 가능성 있는 모든 학대 및/또는 방임 사례를 신고하기 위해 정보를 공개할 수 있습니다.
- **보건 감독 활동.** 주 공무원에 의한 점검이나 조사에 답변하기 위해 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다.
- **정부 프로그램.** 정부 프로그램에 따른 공공 혜택의 관리와 조정을 위해 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.
- **피해 방지.** 개인이나 대중의 보건과 안전에 미치는 심각한 위협을 방지하기 위해 법 집행에 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.
- **연구 목적.** 연구와 보고서 작성을 위해 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 이러한 보고서에서 귀하 또는 다른 사람을 구체적으로 밝히지 않습니다.
- **사업 동료.** 저희가 기능을 수행하기 위해, 필요하면 대신하여 수행하는 사업 동료에게 귀하의 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.
- **기관 및 장기 기증.** 귀하가 장기 기증자인 경우, 장기, 안구 또는 장기 이식을 용이하게 하는 다른 조달, 보관 또는 수송에 참여하는 조직에 귀하의 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.
- **군인 및 퇴역 군인.** 귀하가 군인인 경우, 해당 군 당국에 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다.
- **산재 보상.** 근로 관련 부상이나 질병에 대해 보험금을 제공하는 산재 보상 또는 유사한 프로그램을 위해 귀하의 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다.
- **데이터 침해 통보 목적.** 귀하의 건강 정보의 무단 접근이나 공개에 대해 법적으로 요구되는 통지를 제공하기 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- **소송 및 분쟁.** 법원 명령이나 행정 명령, 소환장, 증거 개시 요청 또는 기타 법적 절차에 대응하기 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.
- **법 집행.** 다음의 경우 사법 당국에 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다. 1) 법원 명령, 소환장, 영장 또는 유사한 절차에 대한 대응한 정보, 2) 용의자, 도주자, 중요한 증인 또는 실종자를 찾거나 위치를 알아내는데 한정되는 정보, 3) 매우 제한적인 상황에서 범죄 피해자에 관한 정보, 4) 범죄 행위로 인한 사망에 관한 정보, 5) DHS 부동산에 관한 범죄 행위에 관한 정보, 6) 범죄 또는 범죄를 둘러싼 사실을 신고하기 위해 응급 상황에서 필요한 정보.
- **검시관, 검시 의사 및 장의사.** 사망자를 확인하거나 사망 원인을 판단하기 위해 검시관 또는 검시 의사에게 정보를 공개할 수 있습니다. 장의사의 의무 수행을 위해 필요 시, 정보를 공개할 수 있습니다.
- **국가 안보 및 정보.** 법적으로 허가된 정보 활동, 방첩 활동 및 기타 국가 안보 활동을 위해 권한을 가진 연방 공무원에게 정보를 공개할 수 있습니다.
- **대통령과 그 밖의 사람들을 위한 보호 서비스.** 권한을 가진 연방 공무원들이 미국 대통령, 그 외 공인 또는 외국의 국가 원수를 보호하거나 특별 조사를 수행할 수 있도록 정보를 공개할 수 있습니다.
- **수감자 또는 구금 중인 자.** 수감자의 경우, 해당 정보가 다음의 목적으로 교정 기관에 필요한 경우 정보를 공개할 수 있습니다. 즉, 1) 의료 서비스 제공, 2) 본인의 건강과 안전 또는 타인의 건강과 안전을 보호, 3) 교정 기관의 안전과 보안을 위해.
- **가족, 친구 및 다른 사람들에게 공개.** 가족, 친구 또는 귀하의 의료에 관여하는 다른 사람들에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. 귀하는 이 정보 공유를 반대할 수도 있습니다. 귀하의 개인 대리인으로 법적으로 지정된 사람과 정보를 공유할 수도 있습니다.
- **병원 명부.** 귀하가 반대한다는 것을 저희에게 통보하지 않은 한, 귀하가 병원에 입원해 있는 동안 귀하에 관해 문의하는 친구, 가족, 성직자 및 다른 사람들에게 대답해주기 위해 병원 명부에 귀하에 관한 특정 정보를 포함시킬 수 있습니다.

귀하의 서면 허가가 필요한 기타 사용 및 공개

- **다른 모든 상황에 대비.** 저희가 위에 언급된 것 외에 다른 목적으로 정보를 사용하거나 공개하기 전에 귀하의 서면 허가를 요청할 것입니다. 허가가 필요한 특별한 상황에는 심리치료 기록에 대한 대부분의 사용과 공개, 인간 면역결핍 바이러스, 즉 HIV 검사 결과에 대한 공개, 몇 가지 예외를 두고 마케팅 목적과 판매를 위한 귀하의 건강정보의 사용과 공개가 포함됩니다. 귀하가 허가를 제공하는 경우, 언제든지 서면 허가를 취소할 수 있습니다. 귀하의 허가를 취소하려면, 아래의 번호로 연락해주시기 바랍니다. 귀하가 허가를 취소하는 경우, 그 허가에 의해 이미 취한 조치를 제외하고, 귀하의 서면 허가에 따라 허락된 건강 정보를 더 이상 사용하거나 공개하지 않을 것입니다.
- **기타 법에 의해 필요한 경우.** 저희는 귀하의 정보의 사용과 공개를 보호하는 다른 법들을 준수하기 위해 귀하의 서면 허가를 요청할 것입니다.

불만 제기

귀하의 건강정보의 사용이나 공개에 관하여 불만을 제기하거나 문제점을 보고하시려면 아래의 연락 정보를 이용하실 수 있습니다. 귀하가 불만을 제기하셔도 귀하에게 제공되는 치료 또는 서비스에 영향이 없습니다. DHS는 HIPAA 조사에 참여가 원인이 되는 모든 보복 행위를 금지합니다.

New Jersey Department of Human Services
Division of Developmental Disabilities
Legal and Administrative Practice Office
P.O. Box 726
222 South Warren St.
Trenton, NJ 08625-0726
전화번호: 609-633-7402

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Ave, S.W., Room 509H
Washington DC, 20201
전화번호: 866-627-7748/ TTY: 886-788-4989
www.hhs.gov/ocr

DHS 또는 해당 분과가 30일 이내에 귀하의 연락에 답변을 드릴 것입니다.

본 고지문의 변경

향후, DHS는 이 개인정보 취급방침 고지문을 변경할 수 있습니다. 변경 사항이 있으면 향후 저희가 수령할 정보뿐만 아니라 귀하에 관해 저희가 이미 보유한 의료 정보에도 적용될 수 있습니다. 새로운 고지문 사본은 저희 시설/사무실에 게시되며 법으로 요구되는 경우 귀하에게 제공됩니다. 현재의 고지문 사본을 요청하시거나 저희 웹사이트에서 온라인으로 구하실 수 있습니다.

양식 A: 개인정보 취급방침 안내문 수령 통지서

이 수령 통지서는 개인정보 취급방침 수령 즉시 서명을 하여 뉴저지주 발달장애과로 반송해야 합니다.

저는(신청인 또는 법적 보호자 이름), _____

이로써 다음 날짜에 개인정보 취급방침 고지서를 수령하였음을 통지합니다. (날짜): _____

저는(하나에 체크): 신청인 법적 보호자입니다.

서명 (또는 마크): _____ 날짜: _____

법적 보호자가 서명하는 경우, 신청인의 이름을 기재하십시오.

신청인 이름(정자체): _____

신청인 마크를 사용하는 경우, 증인이 필요합니다:

증인 이름(정자체): _____

증인 서명: _____ 날짜: _____

양식 B: 가족과 관련자에게 건강정보 공개 하소서

저는 _____
(개인 법적 후견인 또는 위임대리인 이름)

이로써 아래에 기재된 신청인에 관한 건강정보의 사용 공개/수령을 허가합니다.

이름 _____ 성 _____

생년월일 _____

정부의 사용, 공개 또는 수령을 허가받은 사람들 (해당 경우 법적 후견인 포함):

주 연락처 _____ 전화번호 _____

주소 _____

신청인과의 관계 _____ 이메일 _____

대체 연락처 _____ 전화번호 _____

주소 _____

신청인과의 관계 _____ 이메일 _____

다른 연락처 _____ 전화번호 _____

주소 _____

신청인과의 관계 _____ 이메일 _____

다른 연락처 _____ 전화번호 _____

주소 _____

신청인과의 관계 _____ 이메일 _____

1. 저는 발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD) 직원이 주 연락처 또는 대체 연락처에게 전화로 연락하여 즉각적인 주의나 승인이 필요할 수 있는 질병, 부상 또는 사고에 대해 조언을 해줄 수 있도록 허가합니다.
2. 저는 DDD 직원이 위에 기재된 연락처 및 또는 방문 허가를 받은 다른 개인에게 최소한의 필요한 건강정보를 제공하는 것을 허가합니다.

뉴저지주 복지부(NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)

발달장애과(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

3. 저는 이 허가서에 서명하기를 거부할 수도 있다는 것과 서명하기를 거부한다고 해서 치료, 자금, 또는 혜택이나 서비스를 받을 자격에 영향을 주지 않는다는 것을 알고 있습니다. 저는 이 허가에 따라 사용되는/공개되는 문서 정보를 열람하거나 복사할 수 있습니다.
4. 저는 정보를 수령하는 개인이나 단체가 연방의 개인정보 보호 규정의 적용을 받는 의료 제공자나 건강 플랜이 아닌 경우, 위에 기술된 정보는 재공개될 수 있고 더 이상 이런 규정에 의해 보호되지 않을 수 있다는 것을 알고 있습니다. 그러나 수령자는 연방 약물 남용 비밀 준수 요건(Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements)에 따라 약물 남용 정보를 공개하는 것이 금지될 수도 있습니다.
5. 저는 이 허가에 의거하여 조치가 취해진 경우를 제외하고 언제든지 서면상으로 이 허가를 철회할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 이 허가를 철회하기 위한 요청서는 DDD 개인정보 보호 책임자에게 제출해야 합니다. 철회는 개인정보 보호 책임자가 요청을 접수한 날짜에 효력이 발생합니다.
6. 이 허가는(날짜) _____ 에 또는 개인/법적 후견인의 서명 날짜로부터 일년 후에 효력이 만료됩니다.
7. 이 허가서의 전체 사본은 신청인의 기록에 보관됩니다.

다음의(하나를 선택) 서명 또는 마크: 개인 법적 후견인 위임 대리인

서명*: _____ 날짜: _____

전화번호: _____

마크를 제공한 경우, 증인이 필요합니다.

증인 이름(정자체): _____

증인 서명 _____ 날짜: _____

*** 법적 후견인 또는 위임 대리인이 서명한 경우, 후견인 명령서 또는 위임 대리인 명령서가 반드시 첨부되어야 합니다.**

양식 C: 의료 기록 공개 허가서

저는 이로서 발달장애과의 _____
(발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD) 시설/사무소) 님이 아래에 기술된 개인
식별이 가능한 건강정보/의료기록을 공개하는 것을 허가합니다.

요청자의 이름: _____

요청자의 주소: _____

아래에 기재된 사람의 의료기록을 요청합니다:

이름: _____ 성: _____

사회보장번호: _____ 생년월일: _____

요청된 의료기록 생성 시기:

시작 날짜: _____ 및 종료 날짜: _____ 사이

요청된 의료기록:

의료기록의 사용 목적:

요청된 의료기록을 DDD 시설/사무소에서 검토합니다

요청된 의료기록을 복사하여 DDD 시설/사무실에서 수령합니다.

요청된 의료기록을 복사하여 아래의 개인 또는 조직에 송부합니다.

이름: _____

주소: _____

시, 주, 우편번호: _____

이 요청을 할 법적 권한:

___ 이는 나의 기록이며 나는 법적 결정권이 있는 성인입니다.

___ 나는 요청 중인 기록의 해당 개인의 법적 후견인이고 후견인 명령서를 첨부합니다.

___ 나는 요청 중인 기록의 해당 개인에 대한 위임 대리인이고 위임장의 사본을 첨부합니다.

이 허가에 관한 이해와 동의:

1. 이 허가는 자발적 의사에 따르며 DDD는 다음의 경우를 제외하고, 이 허가서의 서명에 근거하여 치료에 영향을 줄 수 없다는 것을 알고 있습니다. (a) 연구 관련 치료 또는 (b) 제3자에 의한 사용/제3자에게 공개할 의료정보를 생성할 목적.
2. 저는 DDD에 문서로 통보함으로써 언제든지 이 허가를 철회할 수 있으며, 철회는 DDD가 문서상의 철회를 접수하기 전에 취해진 조치에 대해서는 효력이 없습니다.
3. 저는 요청된 정보의 공개에 대해 DDD 시설/사무소를 상대로 한 모든 청구권을 포기하기로 동의합니다.
4. 저는 이 문서에서 기술되는 정보가 일단 공개되면, 정보 수령자가 DDD와 계약을 맺은 건강 플랜, 의료제공자, 의료 정보처리제공자 또는 사업 동료가 아닌 경우, DDD에서 제공하는 개인정보 보호를 받지 못할 수도 있습니다.
5. 저는 기록을 복사하여 송부받기를 요청하는 경우, DDD가 합당한 기간 내에 해당 기록을 저에게 송부하기 위한 최선의 노력을 기울일 것으로 알고 있습니다.
6. 저는 기록 사본을 원하는 경우, DDD가 기록 복사 비용을 청구할 수 있음을 알고 있습니다.
7. 이 허가는 _____ (날짜는 서류에 서명하는 사람이 결정) 또는 아래의 서명 날짜로부터 일년까지 효력을 가집니다.

다음의(하나를 선택) 서명 또는 마크: ___ 개인 ___ 법적 후견인 ___ 위임 대리인:

서명*: _____ 날짜: _____

전화번호: _____

마크가 제공된 경우, 증인이 필요합니다.

증인 서명: _____ 날짜: _____

뉴저지주 복지부(NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
발달장애과(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

증인 이름(정자체): _____

*법적 후견인 또는 위임 대리인이 서명한 경우, 후견인 명령서 또는 위임대리인 명령서가 반드시 첨부되어야 합니다.

양식 D: 정보 공개 동의서

수신: 뉴저지주 장애발달과

저는, _____
(개인, 법적 후견인 또는 위임대리인 이름)

이로써 _____
(개인, 단체, 기관 또는 요청된 정보의 소유자)이(가)

뉴저지주 발달장애과를 통해 서비스 수혜 자격 판정을 위한 신청서와 관련하여 아래에 기재된 개인의 보고서, 평가서, 요약문 또는 기타 정보를 공개하는 것을 허가합니다:

신청인 이름(정자체): _____

공개할 정보:

아래에 기재된 발달장애과(Division of Developmental Disabilities, DDD) 사전면접관과 주소로 정보가 공개됩니다.

DDD 사전면접관 이름: _____

DDD 사전면접 사무실 주소:

이 공개를 통해 수령되는 정보는 해당 과의 비밀준수 규정의 적용을 받으며 N.J.A.C.10:41et seq. 에서 달리 규정하지 않은 한, 서면 허가 없이 해당 과 외부로 공개할 수 없습니다.

다음의(하나를 선택) 서명 또는 마크: 개인 법적 후견인 위임 대리인:

서명*: _____ 날짜: _____

전화번호: _____

*마크를 제시한 경우, 증인이 필요합니다:

증인 이름(정자체): _____

증인 서명: _____ 날짜: _____

뉴저지주 복지부(NJ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES)
발달장애과(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

*법적 후견인 또는 위임 대리인이 서명한 경우, 후견인 명령서 또는 위임대리인 명령서가 반드시 첨부되어야 합니다.



뉴저지 유권자 등록 신청서

잉크펜을 사용하여 인쇄체로 명확하게 기재하십시오. 선택사항이라고 표시된 경우를 제외하고는 모든 정보를 기입하셔야 합니다.

1 해당 사항에 모두 표시해 주십시오: <input type="checkbox"/> 신규 등록 <input type="checkbox"/> 이름 변경 <input type="checkbox"/> 소속 정당 변경				FOR OFFICIAL USE ONLY Clerk	
<input type="checkbox"/> 주소 변경 <input type="checkbox"/> 서명 갱신 <input type="checkbox"/> 우편투표					
2 미국 시민이십니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오 (아닌 경우, 본 양식을 작성하지 마십시오.)		3 17세 이상입니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오 (아닌 경우, 본 양식을 작성하지 마십시오.)		Registration #	
4 성 _____		이름 _____		중간 이름 또는 이니셜 _____	
5 생년월일 (MM/DD/YYYY) _____ / _____ / _____		6 성별 (선택사항) <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성		Office Time Stamp	
7 뉴저지 운전면허증 번호 또는 MVC 비운전자 ID 번호 _____		뉴저지 운전면허증 또는 MVC 비운전자 ID가 없는 경우, 사회보장번호의 마지막 4자리를 기재해 주십시오. _____			
<input type="checkbox"/> "본인은 뉴저지 운전면허증, MVC 비운전자 신분증 또는 사회보장번호가 없음을 선서 또는 확인합니다."					
8 자택 주소 (사서함 번호는 사용하지 마십시오.) _____		아파트 _____		지자체 (시/타운) _____	
9 우편 주소 (자택 주소와 다른 경우) _____		아파트 _____		지자체 (시/타운) _____	
10 지난 유권자 등록 시 사용한 주소 (사서함 번호는 사용하지 마십시오.) _____		아파트 _____		지자체 (시/타운) _____	
11 이름을 변경하는 경우, 이전에 사용한 이름 _____		12 주간 전화번호 (선택사항) _____			
		이메일 주소 (선택사항) _____			
13 정당에 가입하길 원하십니까? (선택사항)		<input type="checkbox"/> 네, 정당 이름은 _____. <input type="checkbox"/> 아니오, 본인은 어떤 정당에도 가입하길 원치 않습니다.			
14 향후 모든 선거에 대한 우편투표용지 신청 (선택사항) <input type="checkbox"/> 카운티 클럭 사무실에 서면으로 달리 요청하지 않는 한, 향후 모든 선거에 대한 우편투표용지를 받기 원합니다. <input type="checkbox"/> 상기의 우편주소와 다른 경우, 다음의 주소로 투표용지를 보내주십시오. 상기의 주소와 다른 경우의 우편 주소 _____					
		아파트 _____		지자체 (시/타운) _____	
				주 _____	
				우편번호 _____	
선언 - 본인은 다음을 선서 또는 확인합니다:					
<ul style="list-style-type: none"> ● 본인은 미국 시민입니다. ● 본인은 상기 자택 주소에 거주합니다. ● 본인은 17세 이상이며 18세가 되기 전에는 투표할 수 없음을 알고 있습니다. 		<ul style="list-style-type: none"> ● 본인은 다음 선거가 있기 최소한 30일 전부터 해당 주와 카운티에 거주할 것입니다. ● 본인은 뉴저지 또는 다른 주의 법이나 연방법에 위배되는 범죄에 대한 유죄 판결을 받고 복역 중인 상태가 아닙니다. 		<ul style="list-style-type: none"> ● 본인은 허위 또는 사기 등록을 할 경우 R.S. 19:34-1에 따라 최대 \$15,000의 벌금형이나 최대 5년의 구속형 또는 두 가지 모두 적용될 수 있음을 알고 있습니다. 	
등록자 서명: 아래 밑줄에 서명 또는 표시를 하고 날짜를 기재하십시오. X _____ 날짜 _____ / _____ / _____ (MM / DD / YYYY)			신청인이 이 양식을 작성할 수 없을 경우, 본 양식을 대신 작성한 사람의 이름과 주소를 인쇄체로 기재하십시오. 이름 _____ 날짜 (MM / DD / YYYY) _____ / _____ / _____ 주소 _____		

7, 8, 13 및 14항에 대한 중요한 지침

- 본 양식을 우편으로 제출하며 처음으로 유권자 등록을 하는 등록인: 만일 귀하가 7항에서 요구하는 정보 중 어느 것도 제공하지 않거나 제공한 정보를 확인할 수 없는 경우, 투표소에서 신분증을 제시해야 하는 상황을 피하기 위해 현재 유효한 사진이 포함된 신분증 사본 또는 귀하의 이름과 현주소가 기재된 문서를 제공하도록 요구될 것입니다.
참고: 신분증 번호는 기밀이며 어느 정부기관도 이를 유출하지 않습니다. 이러한 번호를 불법적으로 사용하는 자는 형사 처벌을 받게 됩니다.
- 만일 귀하가 노숙자인 경우, 연락처나 귀하가 대부분의 시간을 보내는 곳의 위치를 8항에 기재해도 됩니다.
- 이전의 정당 가입 여부와는 상관없이, 정당 가입 또는 비가입을 선언할 수 있습니다. 이전에 가입했던 정당을 변경하기 원하거나 무소속이 되길 원하는 유권자는 예비선거에서 투표하기 위해 예비선거 55일 이전에 이 양식을 제출해야 합니다. 13항은 선택사항이며, 귀하의 유권자 등록 신청서 접수에 영향을 미치지 않을 것입니다.
- 향후 모든 선거에 대한 우편투표용지를 받기 원하시면, 14항의 해당 박스에 표시를 하십시오. 카운티 클럭 사무실에 서면으로 달리 요청하지 않는 한, 향후 모든 선거에 대한 우편투표용지를 계속해서 받게 되실 것입니다.

보다 자세한 정보가 필요하십니까? 아래 항목 중 필요한 정보에 체크 표시하십시오.

- 우편 투표
 투표소 접근 편의성
 시각 장애인을 포함한 장애인으로서의 투표
 선거 도우미 지원
 다음의 언어로 제작된 선거 자료: _____

뉴저지 유권자 등록 정보

다음의 경우 유권자 등록을 하실 수 있습니다:

- 미국 시민.
- 최소한 17세 이상.*
- 선거일 30일 전부터 해당 주와 카운티에 거주한 주민.
- 뉴저지 또는 다른 주의 법이나 연방법에 위배되는 범죄에 대한 유죄 판결을 받고 복역 중이 아닌 사람.

*최소한 17세가 되면 유권자 등록은 할 수 있지만 18세가 되기 전까지 투표는 하실 수 없습니다.

등록 마감일 : 선거 21일 전

귀하의 신청서가 접수되면 카운티 등록 위원장이 이를 통보해 드립니다.
신청서가 접수되지 않은 경우, 신청서 작성 및/또는 수정 방법에 대해 통보해 드립니다.

질문이 있으시면 Elections.NJ.gov를 방문하시거나 무료 전화번호인 1-877-NJVOTER (1-877-658-6837)로 문의해 주십시오.

1 접으십시오.

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 206 TRENTON, NJ

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

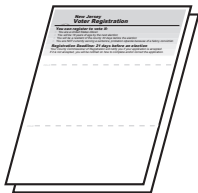


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

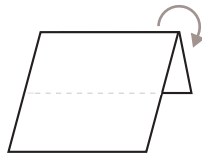


2 접으십시오.

중요: 100% 크기로 출력하십시오 - 축소하지 마십시오. 제대로 발송될 수 있도록 제시된 대로 접으십시오.



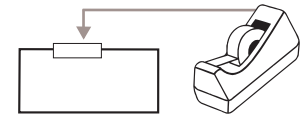
그림처럼 두 장을
겹쳐주십시오.



1 윗부분을 아래쪽으로
접으십시오.



2 아랫부분을
위쪽으로 접으십시오.



3 윗부분을 테이프
봉해 주십시오.