



음주/약물 복용 운전자 시스템을 위한 보호 관할 기관 접근양식 음주/약물 복용 운전자 시스템 (IMPAIRED DRIVER SYSTEM, IDS)	해당 개인의 성, 이름, 중간 이름
	해당 개인의 자동차 관리국(Department of Motor Vehicles, DMV) 클라이언트 번호 ID (운전 면허증 번호):
	보호 관할 기관 이름 및 주소

안내 사항 이 양식 사본 1 부를 작성 후 해당 개인의 케이스 기록에 보관하십시오.
 이 양식 사본 1 부를 작성 후 해당 개인에게 제공하십시오.

본 서명인은 상기 명시된 **보호 관할기관**에게 정보를 제공하는데 **동의** 및 승인합니다. 여기에 해당되는 정보는 본인의 최신 및/또는 과거 음주/약물 복용 운전 위법행위에 대한 데이터를 비롯해, 본인의 운전기록에 포함된 음주/약물 복용 운전 위반과 기타 교통 법규 위반으로 인한 이전 유죄/판결 자료와 다음 데이터 항목입니다.

- **운전자:** DMV 클라이언트 ID, 현재 성 및 출생시 성의 첫 2 글자, 성별, 생년월일.
- **위반:** 위반일, 법원명, 위반사항, 현재 성의 첫 2 글자, 혈중 알콜 농도(blood alcohol concentration, BAC)등급, 화학 검사 거부 여부(해당시) 및 다른 주 면허 소지 여부(해당시)
- **음주/약물 복용 운전 프로그램용:** 프로그램명, 시작 및 진행 일자, 평가 소견 표시(해당시), IDP 등록 상태
- **검사:** 제공자/프로그램명, 검사일자, 평가 소견 표시(해당시), 사용된 검사 도구 표시
- **평가:** 소견근거, 제공자/프로그램명, 평가 시작일 및 종료일, 평가상태
- **치료:** 제공자/프로그램명, 입원일자, 퇴원일자, 치료횟수, 퇴원상태

이와 같은 검토는 조사 또는 감독의 **목적**으로 행해집니다.

본 서명인은 상기 내용을 읽었으며 상기 명시된 기관의 담당자가 명시된 정보를 공개, 확보 및 공유하는 것을 허락합니다.
 달리 명시하지 않은 경우를 제외하고 이 동의 사항은, 명령으로 인한 구금 및/또는 가석방, 보호관찰, 임시보호관찰, 조건부석방, 또는 기타 소송 절차, 조치나 본인의 동의하에 개시된 치료에 대해 공식적이며 효력이 있는 종료나 철회 지시가 내려질 때까지 계속 유효하며 철회되지 않는다는 사실을 잘 알고 있습니다.

동의기간(다른경우): _____

본인은 DMV 가 본인의 개인 정보 공개시 연방 운전자 개인 정보 보호법(Federal Driver's Privacy Protection Act, FDPAA), 18 USC §2721 의 적용을 받게 되며 하단에 기재된 본인 서명은 DMV 를 상기관으로써 본인의 개인 정보 공개를 허용하는 것으로 간주함을 잘 알고 있습니다.

본인은 또한 개인 식별 정보 제공시, 1996 년 건강 보험 양도 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) of 1996 (HIPAA) 45 CFR Pts 160 & 164 뿐만 아니라 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 기밀성을 관리하는 연방 법규집(Code of Federal Regulations, CFR) 42 CFR 파트 2 를 준수해야 하며, 본 정보를 제공받는 기관은 본 정보를 공식 업무와 관계되는 경우에 한해 다시 제공할 수 있음을 잘 알고 있습니다. 본인은 상기 명시된 보호 관할 기관이 앞서 언급한 정보를 (해당시) 하단에 명시된 당사자들에게 아래에 제시된 목적으로 제공할 수 있음을 재차 허락합니다.

(이니셜 및 해당하는 경우 모두 기재하십시오)

- [] 기타 보호 관할 기관: _____ 법원 명령에 의한 개인에 대한 조사 및/또는 감독 실시
- [] 기타 형사 법원: _____ 해당 개인과 관계된 의사 결정 목적, 선고, 위반 사항 및/또는 장애 판정으로 인한 보조금 수령 자격을 공개하는 업무를 수행하려는 목적
- [] 지방 검찰청: _____ 명령에 의한 소송 절차 및 조치 또는 개인의 동의하에 개시된 치료와 관련된 공식적 업무 증진 목적
- [] 국선 변호인 사무소 또는 본인을 변호하는 사선 피고측 변호인: _____ 명령에 의한 소송 절차 및 조치 또는 개인의 동의 하에 개시된 치료 중인 해당 개인 변호와 관련됨

달리 법적 승인이 없을 시 본인의 추가적 서면 동의 없이는 어떠한 정보도 재공개 되는 것을 금합니다.

주의사항: 본 양식 상의 모든 정보는 반드시 **화학요법 의존 치료 환자에 대한 정보 재공개 금지(Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Chemical Dependence Treatment Patient, TRS-1)**양식을 갖추어야만 제공 가능합니다.

해당 개인 이름	해당 개인 서명
서명 날짜	해당 개인의 부모 또는 보호인 서명 (해당시)