



NEW YORK STATE
NEW YORK STATE OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS

음주/약물복용 운전 기소자에
대한
정보 공개 동의
**음주/약물복용 운전자 시스템
(IMPAIRED DRIVER SYSTEM, IDS)**

해당 개인의 성	이름	중간 이니셜
해당 개인의 DMV 클라이언트 ID(운전면허증 번호):		
조회 기관의 이름 및 주소:		

개인 케이스 번호 또는 파일 참조:	
조회 기관 유형	IDP 제공자
<input type="checkbox"/> 법원	OASAS 승인 제공자
DMV	운전자

지시사항: 1) 작성한 이 양식의 사본 1부를 해당인에게 제공하십시오.
2) 작성된 이 양식 사본 1부를 해당 개인의 기록에 추가하도록 하십시오.

본 서명인은 이로써 **상기 조회 기관** 및 다음 기관 사이에 이루어지는 정보 전달 과정에 **동의**하며 이를 허가합니다.

- 담당 OASAS 승인 제공자: _____
(제공자의 이름을 기재하거나 해당하지 않을 경우 "NA"로 기입)
- 해당 음주/약물복용 운전자 프로그램(Impaired Driver Program)(IDP): _____
(제공자의 이름을 기재하거나 해당하지 않을 경우 "NA"로 기입)
- 뉴욕 주 알코올 및 약물남용서비스처(New York State Office of Addiction Services and Supports, **OASAS**), 뉴욕 주 차량국(NYS Department of Motor Vehicles, **DMV**), 뉴욕 주 법원 행정실(NYS Office of Court Administration, **OCA**) 및 뉴욕 주 범죄형사서비스과(NYS Division of Criminal Justice Services, **DCJS**) (DCJS는 연구용으로 개인 식별이 불가능한 정보만을 제공받게 됩니다.)

그 목적은 본인의 운전자 기록 및 다음 데이터 요소에 포함된 음주/약물복용 운전 및 기타 운반건 관련 전과를 포함하여 본인의 음주/약물복용 운전 관련 위법 행위에 관한 현재 및/또는 과거 데이터와 관련된 정보를 **공개**하기 위한 것입니다.

운전자: DMV 클라이언트 ID, 현재 성 및 출생 시 성의 첫 2 글자, 성별, 생년월일 및 SSN의 마지막 4 자.

위반: 위반일, 법원명, 위반내용, 현재 성의 첫 2 글자, BAC 수준, 화학 검사 거부 여부(해당 시) 및 타주 면허 소지 여부(해당 시).

검사: 제공자/프로그램 명, 검사일, 평가 의뢰 여부(해당 시), 사용된 검사 도구.

평가: 의뢰원, 제공자/프로그램 명, 평가 시작일 및 종료일, 평가 상태.

치료: 제공자/프로그램 명, 입원일, 퇴원일, 세션 수 및 퇴원 상태.

IDP: 프로그램 명, 시작 및 보고일자, 평가 의뢰(해당 시) 여부 및 IDP 등록 상태.

그 목적은 상기 기관들이 상기에 언급된 데이터 요소를 제공자 및 프로그램에 대한 데이터 수집, 추적, 모니터 활동을 위해 공유하도록 하기 위한 것입니다. 각 기관에 공개되는 개별 데이터 요소는 해당 기관이 뉴욕 주 차량 및 교통법(NYS Vehicle and Traffic Law, VTL)에 따라 귀하의 음주/약물복용 운전 위반사항과 관련된 공무를 수행하기 위해 필요한 최소한의 수준으로 한정됩니다.

본 서명인은 상기 내용을 읽었으며 상기 공개 기관의 담당자가 명시된 정보를 공개, 확보 및 공유하는 것을 허락합니다. 본인은 또한 다른 언급이 없는 한, 본 동의서는 OASAS, OCA, DCJS 및 DMV가 연구 및 품질 보증을 위해 데이터를 사용할 수 있도록 허락하는 것이며 NYS VTL §201(1)(i) 및 NYS VTL §1192의 DWI 위반 수준 결정 조항에 따라 본 동의서는 이러한 목적으로 효력을 유지하며 십(10)년간 이를 철회할 수 없는 것임을 잘 이해하고 있습니다.

본인은 DMV가 본인의 개인 정보를 공개할 시 연방 운전자 정보보호법(Driver's Privacy Protection Act, 18 USC §2721)의 적용을 받게 되며 하기의 본인 서명은 DMV가 상기 기관에 본인의 개인 정보를 공개하는 것을 허용하는 것으로 간주됨을 잘 알고 있습니다.

본인은 또한 개인 식별 정보를 제공할 시 1996년 건강 보험 양도 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) 45 CFR Pts 160 & 164)뿐만 아니라 알코올 및 약물 남용 환자 관련 기록의 기밀성을 관리하는 연방 법규집 42 CFR 파트 2의 표제 42(Title 42 of the Code of Federal Regulations 42 CFR Part 2)를 준수해야 하며, 본인의 서면 허가서 없이 상기 지정된 기관이 아닌 다른 당사자에게 추가 정보를 재공개하는 행위는 금지되어 있음을 잘 알고 있습니다.

참고: 이 동의서를 통해 공개되는 정보는 반드시 **약물중독 치료환자에 관한 정보의 재공개 금지(TRS-1) 양식**과 함께 공개되어야 합니다.

일반적으로 이 프로그램은 본인의 동의서 서명 여부를 조건으로 하지 않을 수 있지만 특정 제한적 상황에서 본인이 동의서에 서명하지 않을 경우 치료가 거부될 수 있으며 그리고/또는 음주/약물복용 운전자 프로그램(Impaired Driver Program, IDP)에 대한 자격이 부적절한 것으로 결정될 수 있음을 이해합니다. 본인은 아래 서명으로 인정하는 바와 같이, 본 양식의 사본을 수령하였습니다.

(해당인의 이름을 정자체로 기재)

(해당인의 서명)

(서명일)

(해당 시, 해당인의 부모 또는 후견인 서명)