

[서식 1-3] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 수집 및 이용 · 제공 동의서 **대상자**, 가족, 후견인)

이름	생년월일
----	------

개인정보 수집 및 이용(필수)

※ 개인정보보호법 제15조에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다.

☐ 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

개인정보 처리목적	• 치매안심센터 서비스 제공(상담, 치매조기검진사업, 치매예방관리, 쉼터프로그램, 가족지원 등 치매관리 서비스) • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 수혜이력 및 부정중복수급 확인, 통합 사례관리 수행
개인정보 항목	성명, 성별, 학력, 연락처, 나이, 주소, 가족관계, 거주·동거형태, 의료보장, 소득수준, 장기요양 등급, 보훈대상, 결혼상태, 직업, 사진, 치매치료비지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양보험료 납부 확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등), 생년월일, 상담 및 사례관리 정보(대상자 선정, 제공계획, 제공내역, 점검 및 평가, 종결, 사후관리)
보유기간	<b>준영구</b>

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다.  
※ 외부 정보통신망을 통해 서비스 지원에 필요한 개인정보 조회 및 수집할 수 있습니다.  
※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심 센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?      **동의** ☐      미동의 ☐

고유식별정보 수집 및 이용(필수)

※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다.

☐ 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

개인정보 처리목적	• 치매안심센터 서비스 제공(상담, 치매조기검진사업, 치매예방관리, 쉼터프로그램, 가족 지원 등 치매관리 서비스) • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 수혜이력 및 부정중복수급 확인, 통합 사례관리 수행
개인정보 항목	<b>주민등록번호, 외국인등록번호</b>
보유기간	<b>준영구</b>

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다.  
※ 외부 정보통신망을 통해 서비스 지원에 필요한 개인정보 조회 및 수집할 수 있습니다.  
※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심 센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?      **동의** ☐      미동의 ☐

개인정보 제3자 제공 부문(필수)

☐ 개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 기관	보건소 및 협약 의료기관, 복지관, 동 주민센터, 시군구청, 경찰청, 정신건강 복지센터, 국민건강보험공단, 사회보장정보원, 장기요양기관, (주)NICE, 중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담콜센터, 타 지역 치매안심센터, 행정안전부, 공립요양병원, 도로교통공단, 노인복지시설
제공목적	치매조기검진, 치매환자지원, 실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원, 전문심리 상담, 퇴원환자 관리, 운전면허 정기적성검사(갱신), 서비스 의뢰, 통합 사례 관리 수행
제공하는 항목	성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 성별, 연락처, 생년월일(나이), 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진, 가족관계, 맞춤형사례관리 대상자 생활환경정보, 실종 예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표(세부) 정보(대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등), 돌봄부담분석 결과정보, 한국형 노인우울척도 결과정보, 선별검사 결과정보, 신경심리평가 결과정보, 치매임상평가 의견서, 치매안심센터 등록정보, 치매안심센터 이용 내역(상담 및 사례관리, 서비스 이력정보)
보유기간	퇴록 시 까지
※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.	
위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>	

개인정보 이용 부문 (선택)

☐ 개인정보 이용에 관한 사항

이용 항목	이용 목적	보유기간
이름, 생년월일, 연령, 성별, 연락처, 서비스 이용목록, 교육년수, 치매안심센터 등록일, 동거형태	서비스 만족도 조사	만족도 조사 종료시 까지
※ 개인정보 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 제공에 제한이 없습니다.		
위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>		

※ 상기 내용은 개인정보보호법 및 치매관리법, 의료법을 기준으로 하며, 공공기록물 관리에 관한 법률에 의거 준영구 보유합니다.

※ 본 동의서의 '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미합니다.

※ 본인은 치매관리법 제17조, 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조, 제23조에 따른 개인정보 및 민감정보 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

년 월 일

본인: (서명 또는 인)

생년월일: 년 월 일

대리인: (서명 또는 인)

생년월일: 년 월 일

본인(대상자)와의 관계:

인천 서구 치매안심센터장 귀하