NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — **PerformCare®**

발달 장애가 있는 18세 미만의 아동을 위한 자격여부 결정 신청서

양식 A: 신청자 정보 및 선언

이 양식은 아동에 대한 정보 및 아동의 혜택, 교육 및 서비스에 대한 정보를 수집합니다. 또한 이 양식은 아동을 대신하여 신청서를 제출하는 사람에 대한 정보도 수집합니다.

이 양식의 첫 부분은 아동을 위해 신청서를 제출하는 사람이 서명해야 합니다. 이 사람은 부모, 법정 후견인 또는 법적으로 이와 같이 서명할 수 있는 자격이 있는 사람이어야 합니다.

친구, 가족, 자녀의 학교나 의사 또는 가족이 서비스를 받을 수 있도록 돕는 그 어떠한 기관의 도움이라도 받아서 정보를 수집하고 이 신청서를 작성할 수 있습니다.

뉴저지주 - Department of Children and Families(아동가족국)

선언

뉴저지주 개정 법령 Section 30:4-25.2 및 Section 30:4C-4.4에 의거하여, 아래 아동을 위해서 Division of Children's System of Care(아동보건시스템, CSOC)부를 통해 제공되는 서비스의 자격여부 결정을 Commissioner of the Department of Children and Families(아동가족국장) 앞으로 신청합니다:

이름: _____
이름 중간이름 이니셜 성

생년월일: _____

이 신청서에 서명함으로써 본인은 다음을 선언합니다:

1. 신청자 및/또는 신청자의 부모 또는 법정 후견인은 N.J.A.C. 10:196에 의거, 임시적인 목적을 가지지 아니한 뉴저지 거주자이며 뉴저지에서 일차 거주지를 확립할 의도를 가지고 있습니다.
2. 이 신청서 및 함께 제출된 모든 양식은 최대한 정확하게 작성되었습니다.
3. N.J.A.C. 10:196-5.1에 의거하여 본인은 부자격 결정에 항소할 기회가 있음을 이해합니다.
4. 본인은 신청자가 CSOC 서비스를 받을 수 있는 자격이 있는 것으로 결정되고 가정외 서비스를 요청하는 경우, 가정외 서비스가 제공되기 전에 N.J.A.C.10:46D에 의거하여 모든 재정 정보를 제공해야 함을 이해합니다.

이 신청서는 위에 명기된 신청자와 다음 관계를 가진 사람이 R.S. 30: 4-25.2에 따라 제출합니다.

☐ 부모 ☐ 미성년자(아동)의 법정 후견인

☐ 미성년자 관할 법원 ☐ 미성년자 보호 기관

_____
서명

_____
날짜

_____
이름

_____
직함(기관 또는 법원 직원인 경우)

제1부: 아동에 대한 정보 및 시민권

지침: 아동에 대한 다음 정보를 작성해 주십시오. 신청을 하기 위해서는 아동 또는 아동의 부모/법정 후견인이 미국 시민권자 또는 영주권자임을 나타내는 증명을 반드시 제공해야 함을 유의해 주십시오.

아동의 이름: _____
이름 중간이름 이니셜 성

아동의 주소: _____
거리 주소 아파트 번호

_____
도시 주 ZIP(우편번호)

성별: ☐ 남 ☐ 여

생년월일 (MM/DD/YYYY): _____

아동이 미국 시민권자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 **아니요인 경우**, 영주권 만료 날짜 (mm/dd/yy): _____

현재 아동이 거주 시설에 거주하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 아래를 작성해 주십시오:

거주 시설 유형: _____

거주 시설 제공자 명칭 및 장소: _____

_____

자금지원 출처: _____

시설 거주 시작 날짜(mm/dd/yy): _____

현재 주거 상황을 설명해 주십시오:

_____

_____

아동/청소년이 현재 Division of Child Protection and Permanency(아동보호국, DCP&P)와 관련되어 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

아동의 모국어: ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 기타 _____

선택적 답변 항목:

민족성: ☐ 히스패닉/라틴계 ☐ 히스패닉/라틴계 아님

인종: ☐ 백인 ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
☐ 아시아인 ☐ 하와이 원주민 또는 다른 태평양 섬 주민

제2부: 부모 또는 법정 후견인의 시민권, 거주 상태 및 선호하는 연락처 정보

지침: 신청서의 이 부분은 양식을 작성하고 있는 사람에 대한 정보, 선호하는 연락처, 그리고 신청서를 작성하는 데 귀하를 돕는 다른 사람이나 대변인이 있는지 여부를 수집합니다. 이 신청서는 법적으로 신청서를 제출할 수 있는 법적인 권한이 있는 사람(선언 부분에 명시된 사람)이 반드시 제출해야 합니다. 단, 다른 사람이 도와주는 것은 허용됩니다.

아동을 위해서 이 문서를 제출하는 사람이 누구인지 표시해 주십시오:

☐ 부모 ☐ 법정 후견인 ☐ Division of Child Protection & Permanency(아동보호국, DCP&P)

이름: _____
이름 중간이름 이니셜 성

주소: _____
거리 주소 아파트 번호

_____
도시 주 ZIP(우편번호)

주요 전화번호: _____ 대체 전화번호: _____

연락을 받기 위해 선호하는 전화번호: ☐ 주요 ☐ 대체

법원/기관 신청자의 경우에만 해당: 아동의 주소와 부모/법정 후견인의 주소가 같습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

아니요인 경우 부모/법정 후견인의 주소를 아래에 기입해 주십시오:

주소: _____
거리 주소 아파트 번호

_____
도시 주 ZIP(우편번호)

부모 또는 후견인의 상태에 기초하여 아래 질문에 대답해 주십시오:

아동의 부모 또는 법정 후견인이 미국 시민권자 또는 영주권자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

아동의 부모 또는 법정 후견인이 뉴저지 거주자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

반드시 부모/법정 후견인의 뉴저지 거주 증명을 제출해야 합니다. 시민권 증명은 부모 또는 아동 중 한 명만 필요합니다(둘 다 필요한 것이 아닙니다).

신청서에 대해 질문이 있는 경우 어떤 방식으로 연락을 받기를 선호하십니까?

☐ 우편물 ☐ 전화

선호하는 전화 연락 시간: ☐ 아침 ☐ 오후 ☐ 저녁

이 신청서를 작성하는 데 귀하를 보조하는 의사, 치료사, 케어매니저 또는 지역사회 서비스 기관이 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 기관의 명칭 및 세부정보를 아래에 기입해 주십시오:

이름: _____

기관: _____

주요 전화번호: _____

주소: _____
거리 주소 아파트 번호

_____
도시 주 ZIP(우편번호)

아래 섹션은 의도적으로 공란으로 비워둔 것이며 향후 사용을 위해 남겨둔 것입니다. 다음 페이지로 계속 진행하십시오.

제3부: 아동의 현재 보험 및 혜택 정보

1. 아동의 현재 건강 보험(해당되는 모든 사항을 선택하십시오):

☐ 뉴저지 FamilyCare 멤버십 번호: _____

☐ 뉴저지 Medicaid 멤버십 번호: _____

☐ Medicare 멤버십 번호: _____

☐ 개인 보험 보험약관 명칭: _____

보험약관 번호: _____

☐ **보험 없음**

보험 없음인 경우:

1A. 과거에 아동이 개인 건강 보험 가입을 거부받은 적이 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

1B. 아동이 Medicaid 보험 적용을 거부받은 적이 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

1C. 지난 12개월 동안 이 아동을 위해서 Medicaid를 신청한 적이 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

1D. 앞으로 3개월 이내에 이 아동을 위해서 보험 신청을 할 계획이 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

2. 현재 아동이 사회 보장 장애 지원 또는 SSDI를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우: 클레임 번호: _____ 매달 받는 수당 금액: $ _____

아니요인 경우: ☐ 한 번도 신청한 적이 없음 ☐ 신청서 계류 중 ☐ 자격 없음

3. 앞으로 3개월 이내에 이 아동을 위해서 사회 보장 혜택을 신청할 계획이 있습니까 ☐ 예 ☐ 아니요

4. 현재 아동이 Supplemental Security Income(생활 보조금, SSI)을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우: 클레임 번호: _____ 매달 받는 수당 금액: $ _____

아니요인 경우: ☐ 한 번도 신청한 적이 없음 ☐ 신청서 계류 중 ☐ 자격 없음

신청자가 SSA/SSDI 또는 SSI를 받는 경우, 대리 수취인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 아래를 작성해 주십시오:

혜택	이름	주소	전화번호	관계
#1				
#2				

비고:

제4부: 건강 관리 및 치료

지침: 지속적인 서비스 또는 지원을 필요로 하는 장애 또는 장애를 초래하는 의료 상태의 존재가 Developmental Disability Services(발달 장애 서비스)의 요건 중 하나입니다. 이 부분에서는, 아동을 현재 치료하고 있거나 최근에 치료한 의료 전문인을 명시해 주십시오. 가장 최근의 진단 보고서가 없는 경우, 최대 3년 전까지 진단 또는 치료 계획을 제공한 전문인에 대한 정보를 기입해 주십시오.

1. 현재 아동에게 주치의(PCP)가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

2. 아동이 신경과의사, 정신과의사, 정형외과의사, 또는 다른 전문인과 같은 전문과 진료 의사를 보거나, 진단을 받거나, 귀하가 상담을 위해 방문한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

   예인 경우 현재 아동의 진단명은 무엇입니까? _____

3. 아동에게 다음 서비스가 필요합니까?

   ☐ 언어 치료 ☐ 물리 치료 ☐ 작업 치료 ☐ 상담

   ☐ 없음 ☐ 기타: _____

4. 아동을 가장 최근에 치료, 처방 또는 진단한 의사 또는 치료사의 이름을 기재해 주십시오:

	의사 또는 치료사 이름/그룹	마지막 방문 날짜 (월/년)
☐	주치의	
☐	전문과 진료의	
☐	기타 전문과 진료의	
☐	언어 치료사	
☐	물리 치료사	
☐	작업 치료사	
☐	상담	
☐	기타	

제5부: 교육

지침: 아동의 현재 학교, 학년 및 교육 분류에 대해서 해당 정보를 제공해 주십시오.

1. 현재 등록한 학교

_____
이름 도시 타운십

2. 현재 학년: _____

3. 현재 학교 배치

☐ 주류계 교실
☐ 학습 도움실
☐ 정규 학교 내 독립형
☐ 학군내 특별 학교
☐ 특별 서비스 유닛
☐ 학군외 학교(주간 프로그램만 해당)
☐ 학군외 학교(거주형)

4. Child Study Team(아동 학습팀)으로부터 아동이 분류받았습니까?

☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 결정 대기 중 ☐ 아동이 학교에 다니지 않고 있음

예인 경우

초기 분류 날짜(월/년): _____

분류 시점의 학년: _____

5. 현재 뉴저지 특수 교육 분류(해당되는 경우)

☐ 청각 장애
☐ 자폐 장애
☐ 학령전(프리스쿨) 장애 아동
☐ 정서 장애
☐ 복합 장애
☐ 난청/실명
☐ 특수 학습 장애
☐ 정형외과적 장애
☐ 인지적 장애
☐ 의사소통 장애
☐ 사회적 부적응
☐ 외상성 뇌손상
☐ 시각 장애
☐ 기타 건강 장애

비고:

중요! 이 부분은 네 부분으로 된 신청서의 첫 부분입니다. 다음 부분인 양식 B: 아동 적응 행동 요약(CABS)을 작성해 주십시오.

뉴저지주 - Department of Children and Families(아동가족국)

발달 장애가 있는 18세 미만의 아동을 위한 자격여부 결정 신청서

양식 B: 아동 적응 행동 요약

아동 적응 행동 요약(CABS)은 지난 6개월간 아동의 **일반적인** 기능에 대한 정보를 수집하는 데 그 목적이 있습니다. 이 양식은 아동의 주 간병인(아동을 가장 잘 알고 있는 사람)이 작성해야 하며, 아동이 가정, 학교, 지역사회에서 흔한 일상 활동 중에 어떻게 행동하고 반응하는지를 가능한 한 정확하게 반영해야 합니다. 이를 통해 아동의 장애가 아동 및 간병인 모두의 일상 생활에 미치는 영향에 대해 전체적인 상황을 파악할 수 있습니다. 이 양식을 통해 수집된 정보는 귀하가 제출해야 하는 아동의 강점, 능력, 필요에 대해 아동의 의료 서비스 제공자가 제공한 정보 및 문서를 보충하지만 이를 대체할 수는 없습니다.

아동이 다음 활동 또는 행동을 하는 빈도를 **가장 잘** 나타낸 상자에 체크 표시하십시오. 모든 문구에 대해 답변을 해주십시오. 귀하가 해당 행동을 목격하지 못했거나 아동에게 해당되지 않는다고 판단하여 답변을 할 수 없는 경우에는 '아니요'로 표시해 주시기 바랍니다. 달리 명시되지 않은 한, 각 섹션의 끝 부분에 별도로 전하고 싶은 말을 기재하십시오. 여기에는 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 아동의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등이 포함될 수 있습니다.

신청서의 아동 적응 행동 요약(CABS) 부분

아동의 이름: _____ 현재 나이: _____

이름 중간이름 이니셜 성

ABS 작성자: _____ 작성 날짜: _____

관계: _____ 전화번호: _____

섹션 I: 일상생활 활동

지난 **6개월**간 **가정 내** 아동의 일반적인 기능을 평가해 주십시오. 비고란에 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 아동의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등을 기재하실 수 있습니다.

식사	1 대부분 스스로 할 수 있음	2 전체 경우 중 절반 미만은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	3 전체 경우 중 절반 이상은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	4 전체 경우 중 절반 미만은 신체적 도움이 필요함	5 전체 경우 중 절반 이상은 신체적 도움이 필요함	N/A 해당 없음
1. 손으로 먹음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 수저를 사용해 스스로 먹음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 포크를 사용해 스스로 먹음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 칼을 사용해 음식을 자름	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 컵에 담긴 음료를 마심	☐	☐	☐	☐	☐	☐

비고/추가 정보: (N/A 답변 항목에 대해 간단하게 설명)

변기 이용	1 대부분 스스로 할 수 있음	2 전체 경우 중 절반 미만은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	3 전체 경우 중 절반 이상은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	4 전체 경우 중 절반 미만은 신체적 도움이 필요함	5 전체 경우 중 절반 이상은 신체적 도움이 필요함	N/A 해당 없음
1. 언제 변기를 이용해야 하는지 파악함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 스스로 변기를 이용함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 화장지를 사용해 스스로 닦음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 변기 사용 후 손을 닦음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. (여자의 경우) 스스로 생리(월경) 관리를 함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 소변 실수 - 주간	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 소변 실수 - 야간	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 대변 실수 - 주간	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 대변 실수 - 야간	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 실금 제품 사용(기저귀 또는 유사 제품)	☐ 예	☐ 아니요	**예인 경우:** 하루 중 언제인지 체크 표시하십시오: ☐ 주간 ☐ 야간			
비고/추가 정보: (N/A 답변 항목에 대해 간단하게 설명)						

위생 활동	1 대부분 스스로 할 수 있음	2 전체 경우 중 절반 미만은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	3 전체 경우 중 절반 이상은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	4 전체 경우 중 절반 미만은 신체적 도움이 필요함	5 전체 경우 중 절반 이상은 신체적 도움이 필요함	N/A 해당 없음
1.물을 틀고 물 온도를 조절함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 손을 씻고 말림	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 얼굴을 씻고 말림	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 욕조에서 스스로 목욕함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 스스로 샤워함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 샴푸로 머리를 감음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 스스로를 말림	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 냄새 제거제(데오더런트)를 사용함	☐	☐	☐	☐	☐	☐

위생 활동	1 대부분 스스로 할 수 있음	2 전체 경우 중 절반 미만은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	3 전체 경우 중 절반 이상은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	4 전체 경우 중 절반 미만은 신체적 도움이 필요함	5 전체 경우 중 절반 이상은 신체적 도움이 필요함	N/A 해당 없음
9. 머리를 빗질함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 칫솔에 치약을 바름	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 스스로 양치질을 함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. 휴지를 사용해 코를 풀고 닦음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. 필요 시 스스로 면도를 함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
비고/추가 정보: (N/A 답변 항목에 대해 간단하게 설명)						

착탈의	1 대부분 스스로 할 수 있음	2 전체 경우 중 절반 미만은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	3 전체 경우 중 절반 이상은 말로 지도해줘야 할 필요가 있음	4 전체 경우 중 절반 미만은 신체적 도움이 필요함	5 전체 경우 중 절반 이상은 신체적 도움이 필요함	N/A 해당 없음
1. 스스로 옷을 벗음 - (적절하게)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. 단추를 잠글 수 있음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. 스냅(똑딱이) 단추가 있는 옷을 입을 수 있음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. 지퍼를 올리고 내릴 수 있음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. 허리띠를 채움	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. 브라를 스스로 채움	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. 신발 끈을 묶음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. 스스로 옷을 완전히 입음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. 정기적으로 옷을 갈아입음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. 계절에 맞는 옷을 선택함	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. 양말, 모자, 장갑을 벗음	☐	☐	☐	☐	☐	☐
비고/추가 정보: (N/A 답변 항목에 대해 간단하게 설명)						

섹션 II: 의사소통 및 사회적 행동

지난 **6개월**간 **가정, 학교, 지역 사회에서** 아동의 일반적인 기능을 평가해 주십시오. 비고란에 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 아동의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등을 기재하실 수 있습니다.

의사소통 능력	1 거의 없음 (전체 경우 중 10% 미만)	2 드물게 (전체 경우 중 25% 미만)	3 가끔 (전체 경우 중 약 50%)	4 자주 (전체 경우 중 75% 이상)	5 거의 항상/항상 (전체 경우 중 90% 이상)
1. '예' 또는 '아니오'를 답하는 질문에 적절하게 답함	☐	☐	☐	☐	☐
2. 간단한 지시를 따름	☐	☐	☐	☐	☐
3. 복잡하거나 여러 단계로 이루어진 지시를 따름	☐	☐	☐	☐	☐
4. 기본적으로 원하는 것과 필요한 것에 대해 소통함	☐	☐	☐	☐	☐

예/아니요 답변 질문:	**예**	**아니요**	**아래 각각에 대한 비고:**
5. 의사소통을 하기 위해 몸짓을 사용함(손가락으로 가리키기 등)	☐	☐	
6. 의사소통을 하기 위해 수화를 사용함	☐	☐	
7. 몸짓을 이해함	☐	☐	
8. 표시나 수화를 이해함	☐	☐	
9. 전화를 받거나 사용할 수 있음	☐	☐	
10. 아동이 의사소통을 하기 위해 보조 장치를 사용합니까?	☐	☐	

사회적 행동	**예**	**아니요**	**비고**
아동이 즐기는 취미가 있습니까?	☐	☐	
아동이 스스로 친구를 사귀고 친구 관계를 유지할 수 있음	☐	☐	
아동이 같은 나이 또래와 유의미한 대화를 지속할 수 있음	☐	☐	
아동이 비슷한 나이 또래와 시간을 보내는 것에 관심을 보임	☐	☐	
아동이 적절히 비밀을 지키고 개인 정보를 공유하는 것에 대해 주의를 기울임	☐	☐	
아동이 친구 감정에 대해 공감하고 걱정하는 모습을 보임	☐	☐	
아동이 필요 시 자신의 감정을 표현할 수 있음	☐	☐	
아동이 적절히 분노와 좌절을 조절할 수 있음	☐	☐	

기타 기능 영역	예	아니요	비고
1. 아동이 자신이 좋아하는 것을 식별할 수 있음(음식, TV 프로그램, 게임)	☐	☐	
2. 아동이 앞으로 일어날 일을 계획하고 기대할 수 있음	☐	☐	
3. 아동이 필요 시 다른 사람의 도움을 구함	☐	☐	
4. 아동이 쓰레기를 가지고 나가 적합한 통에 버릴 수 있음	☐	☐	
5. 아동이 좋아하거나 흥미로운 물건을 가리킴	☐	☐	
6. 아동이 흥미를 느끼는 취미가 있음	☐	☐	
7. 아동이 계획을 정하고 실행할 수 있음	☐	☐	
8. 아동이 간단한 일을 완전히 익힐 수 있음	☐	☐	
9. 아동이 자신의 방을 청소할 수 있음(물건 정돈)	☐	☐	
10. 아동이 같이 놀 또래 친구를 찾음	☐	☐	
11. 아동이 디지털 시계나 손목 시계를 보고 시간을 알 수 있음	☐	☐	
12. 아동이 2개 과목에서 3학년 수준 이상 뒤쳐져 있음	☐	☐	
13. 아동이 주로 거주하고 있는 집 주소를 말할 수 있음	☐	☐	
14. 아동이 손으로 가르키거나 이름을 말하여 물체를 식별할 수 있음	☐	☐	
15. 아동이 틀리지 않고 1부터 10까지 셀 수 있음	☐	☐	
16. 아동이 동일한 3가지 모양이나 3가지 색을 짝지을 수 있음	☐	☐	
17. 아동이 최소 7개의 색을 식별할 수 있음	☐	☐	
18. 아동이 시간을 이용해 일정을 따를 수 있음	☐	☐	

기타 설명:

지역사회 인식	예	아니요	비고
1. 아동이 지역사회의 어떠한 활동에 참여하고 있나요?			
2. 이러한 활동을 하는 동안 아동이 적절한 행동을 보이나요?	☐	☐	
3. 아동이 계단, 세척 용액, 난방기, 스토브, 벽난로 등 일반적인 가정 내 위험 요소에 대해 인식을 하고 있나요?	☐	☐	
4. 아동이 도로 교통, 낯선 사람에 대한 지나친 친절 등 지역사회의 위험 요소에 대해 인식을 하고 있나요?	☐	☐	
5. 아동이 물건을 구입할 수 있나요?	☐	☐	
6. 아동이 대중교통을 이용할 수 있나요?	☐	☐	
7. 아동이 시계를 보고 시간을 알 수 있나요?	☐	☐	
8a. 아동이 처방약을 스스로 복용/투여하나요?	☐	☐	
8b. 처방약 복용/투여 방법을 설명해 주세요:			
9. 어떠한 기간 동안이라도 아동이 혼자/감독 없이 있을 수 있나요?	☐	☐	
10. 돈 관리를 위해 아동이 필요한 도움을 설명해 주세요(청구서 지불, 예산 세우기 등)			

비고:

섹션 III: 의료적 및 행동적 요소

지난 **6개월**간 **가정 내** 아동의 일반적인 기능을 평가해 주십시오. 비고란에 강도, 촉발 요인 등 각 섹션의 항목에 대한 추가 정보 및 아동의 현재 기능이 과거에 비해 개선되었나 악화되었는지 등을 기재하실 수 있습니다.

의료적 위험 질환/상태의 경우, 진단 날짜와 상관 없이 지난 6개월 내에 아동이 증상을 경험한 경우에만 '예'로 표시해 주십시오. 아동이 의료 질환(상태)/치료의 과거력이 있지만 현재는 없는 경우, '아니요'라고 표시하되 비고란에 과거력에 대한 설명을 포함해 주십시오.

외상 및 위험 과거력 섹션의 경우, 아동이 목록에 있는 항목을 경험한 적이 **한 번이라도 있는 경우** '예'로 표시해 주십시오. 아동이 다른 종류의 외상을 경험한 적이 있는 경우, 적합한 비고란에 기재해 주십시오.

의료적 의험 질환/상태	예	아니요	비고
1. 알레르기(약, 음식)	☐	☐	
2. 천식(흡입기, 네뷸라이저)	☐	☐	
3. 호흡기 질환(산소, 기관절개술, CPAP)	☐	☐	
4. 위장 질환(급식/배설 문제, 심각한 역류)	☐	☐	
5. 결장조루술 사용	☐	☐	
6. 이물질 흡인 위험	☐	☐	
7. G튜브 사용	☐	☐	
8. 음식 또는 음료 섭취 시 기침을 하거나 목이 메임	☐	☐	
9. 다른 누군가가 음식/음료를 입에 넣어주어야 함	☐	☐	
10. 의료적으로 변경한(걸쭉한, 잘게 썬/죽처럼 만든) 식사가 필요함	☐	☐	
11. 의료적으로 처방한(지방, 나트륨, 콜레스테롤이 조절된) 식사가 필요함	☐	☐	
12. 음식/음료에 대한 극심한 욕구 행동을 보임	☐	☐	
13. 탈수 위험/자주 음료를 거부함	☐	☐	
14. 변비: 자주 좌약 또는 관장이 필요함	☐	☐	
15. 카테터, 투석(신장/비뇨기 질환 등)이 필요함	☐	☐	
16a. 간질/발작 장애가 있나요? '예'인 경우, 그 종류는?	☐	☐	
16b. 아동이 발작에 대해 약을 처방받았나요?	☐	☐	
16c. 가장 최근 발작, 발작 종류, 빈도:			

17a. 당뇨가 있나요? '예'인 경우, 그 종류는?	☐	☐	
17b. 아동이 인슐린에 의존하고 있나요?	☐	☐	
18. 아동이 가정 내에서 전문 간호 서비스를 받고 있나요?	☐	☐	
19. 도움이 필요한 기타 의료적 질환/상태: 아래 비고란에 기재해 주십시오. 비고:			

행동적 위험	예	아니요	비고
행동(자신을 향한)			**빈도 및 촉발 요소를 포함해 주세요**
1. 스스로를 심하게 물거나 때림	☐	☐	
2. 머리를 박음	☐	☐	
3. 인체의 개구부(구멍)로 유해한 물체를 삽입함	☐	☐	
4. 피부를 뜯거나 심하게 긁음	☐	☐	
5. 이식증/비식용 물질(먹을 수 없는 것)을 섭취	☐	☐	
6. 기타:	☐	☐	
행동(타인을 향한)			**빈도, 촉발 요소, 목표 대상(부모, 형제자매, 선생님, 낯선 사람 등)을 포함해 주세요**
7. 다름 사람을 때리거나 물거나 발로 참	☐	☐	
8. 직접적인 폭력 위협을 가함	☐	☐	
9. 폭발적인 분노/공격성	☐	☐	
10. 심각한 반항/지속적으로 지시를 거부 또는 불이행	☐	☐	

기타 행동	예	아니요	'예'인 경우, 아동이 받고 있는 (있는 경우) 치료/서비스를 설명해 주세요
11. 약물 사용	☐	☐	
12. 범죄 사건에 관여	☐	☐	
13. 문제적인 성적 행동	☐	☐	
14. 충동적으로 뛰쳐나감	☐	☐	
15. 자주 정처 없이 이곳저곳을 떠돌아 다님	☐	☐	
16. 희한하게 어딘가를 기어오르는 행동	☐	☐	
17. 기물 파손	☐	☐	
18. 방화(불을 지름)	☐	☐	
19. 기타:	☐	☐	

외상 및 위험 상태	예	아니요	비고
1. 신체 학대를 당한 과거가 있음	☐	☐	
2. 성적 학대를 당한 과거가 있음	☐	☐	
3. 괴롭힘을 당한 과거가 있음	☐	☐	
4. 형제자매 또는 부모의 죽음 등 소중한 사람을 잃은 과거가 있음	☐	☐	
5. 학대 또는 방치로 인해 가정으로부터 분리 조치를 받은 과거가 있음	☐	☐	
정신 건강 문제	**예**	**아니요**	**'예'인 경우, 아동이 받고 있는 (있는 경우) 치료/서비스를 설명해 주세요**
6. 우울증(절망감, 슬픔, 감정 기복)	☐	☐	
7. 불안증(과도한 걱정, 공황 발작)	☐	☐	
8. 주의력 결핍 과잉 활동 장애(ADHD)	☐	☐	
9. 감정 기복이 심함 및/또는 화를 잘 냄	☐	☐	
10. 틱, 운동 장애	☐	☐	
11. 존재하지 않는 것을 보거나 들음, 편집증	☐	☐	
비고:			

섹션 IV: 감독 필요성 및 보조 장비의 사용

지난 6개월간 아동의 일반적인 기능 또는 장비의 사용을 평가해 주십시오. 비고란에 아동의 현재 능력 또는 보조 장비 사용의 필요가 전에 비해 개선되었는지 또는 악화되었는지 등 추가 정보 등을 기재하실 수 있습니다.

가정 내 감독의 필요성	예	아니요
1. 나이에 걸맞는 감독이 필요함	☐	☐
2. 밤낮으로 24시간 깨어 감독할 필요가 있음	☐	☐
3. 자는 시간을 제외한 나머지 시간 동안 긴밀한 감독이 필요함	☐	☐
4. 매일 제한된 시간 동안 같은 장소에서 도움/감독이 필요함	☐	☐
5. 응급 상황을 판단하고 스스로 도움을 구할 수 있음	☐	☐
6. 집 밖으로 대피하는 데 도움이 필요함	☐	☐

지역사회 내 감독의 필요성	예	아니요
1. 나이에 걸맞는 감독이 필요함	☐	☐
2. 밤낮으로 24시간 깨어 감독할 필요가 있음	☐	☐
3. 자는 시간을 제외한 나머지 시간 동안 긴밀한 감독이 필요함	☐	☐
4. 특정 장소에서 혼자 내버려 둘 수 있음	☐	☐
5. 지역사회 내에서 혼자 돌아다닐 수 있음	☐	☐
6. 착취(부당하게 이용 당함)에 취약함	☐	☐

비고:

보조 장비의 사용	사용하는 경우 체크 표시하세요	비고			
휠체어(한 개 이상을 선택할 수 있음)	☐	☐ 수동	☐ 전동	☐ 자가 추진	☐ 도움 필요
헬멧	☐				
안경	☐				
보행 보조기/목발/지팡이	☐				
특수 변경한 식사 도구	☐				
PERS - 개인 응급 대응 시스템	☐				
교정 신발/교정기	☐				
보청기	☐				
보완 의사소통 장치	☐				

보조 장비의 사용	사용하는 경우 체크 표시하세요	비고
기타: 명시해 주십시오	☐	
1		
2		
3		
비고:		

환경 개조 시설/장비의 사용	사용하는 경우 체크 표시하세요	비고
휠체어 탑승 가능한 차량	☐	
휠체어 접근 가능 화장실 시설	☐	
휠체어 경사로	☐	
승강기: 현관, 입구, 계단	☐	
기타: 명시해 주십시오	☐	
1		
2		
3		
비고:		

섹션 V: 확인

State of New Jersey
Department of Children and Families
Division of Children's System of Care

본인은 다음 아동에 대해 아동 적응 행동 요약을 작성한 사람임을 확인합니다:

_____
아동 또는 청소년 신청자의 이름 (정자체로 작성)

본인이 제공한 답변은 본인이 알고 있는 한도 내에서 본 아동의 자기 관리 능력, 의사소통 능력, 사회적 행동, 지역사회 인식, 신체적 상태, 제한사항, 보조 기구의 사용, 건강, 의료 및 안전 관련 문제를 정확하게 반영하고 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

이름(정자체로 작성): _____

아동 또는 청소년 신청자와의 관계: _____

중요! 이 부분은 네 부분으로 된 신청서의 두 번째 부분입니다. '양식 C: 표지'로 계속 진행해 주십시오

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — **PerformCare®**

발달 장애가 있는 18세 미만의 아동을 위한 자격여부 결정 신청서

양식 C: 표지

아동 성명: _____ 신청자 성명: _____

아동 생년월일: _____ 사이버 ID (아는 경우): _____

본 표지를 신청서 양식 및 서류와 함께 제출하고 동봉한 서류 목록을 기재하십시오. 신청서와 함께 제출하는 서류 목록에 체크하십시오. 각 제출 서류에 아동의 성명, 생년월일, 사이버 ID 번호(알고 있는 경우)를 기재하십시오.

원본을 제출하지 마십시오. 제출한 서류는 반환이 안 됩니다.

필수 제출 양식

☐ 양식 A: 신청자 정보 양식
☐ 양식 B: 아동 적응 행동 요약(CABS)
☐ 양식 C: 표지(본 양식) 및 필수 제출 서류
☐ 양식 D: HIPPA 동의서

필수 제출 서류

☐ 미국 영주권 및 시민권 증빙
☐ 뉴저지 거주 증빙
☐ 정신/신체적 손상을 명시한 진단서
☐ 발달 장애를 명시한 진단서
☐ 최신 적응 행동 평가서

증빙 서류

☐ 공인 의료인이 발행한 최신 의학 진단서
☐ 최신 발달소아과, 신경과, 신경심리학, 또는 심리학 평가서
☐ 최신 아동 연구팀 평가서(개인 맞춤 교육 플랜/프로그램이 아님)
☐ 최신 언어 치료 평가서
☐ 최신 작업 치료 평가서
☐ 최신 물리 치료 평가서
☐ 최신 조기 개입 평가서
☐ 보조 기구 및/또는 장비의 사용/필요

기타 서류(선택사항)

위 증빙 서류 목록에 포함되지 않는 중대한 신체 및 정신 기능의 한계/손상을 증명하기 위해 제출하는 기타 서류를 기재하십시오.

☐ 제목: _____ 날짜: _____ 페이지 수: _____

☐ 제목: _____ 날짜: _____ 페이지 수: _____

필요 시 다음 서류

☐ 후견인 증명서 또는 법원 명령(신청자가 아동의 부모가 아닌 경우)
☐ 제 3자 정보 공개 동의서(타인이 신청 현황을 확인할 수 있도록 허용하는 경우)

자세한 내용은 다음 페이지의 안내를 참조하십시오. 모든 서류를 다음 주소로 발송하십시오.

PerformCare New Jersey
Attention: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

서류 제출 안내

양식 C: 표지에는 자격 신청서에 동봉된 서류 목록을 기재합니다. 신청서에 동봉한 서류에 체크하십시오. 반드시 **필수 서류 및 증빙 서류를 모두** 제출하십시오. 모든 서류를 수령할 때까지 **신청서를 검토하지 않습니다**. **제출한 서류의 원본은 반환되지 않으니, 사본**만 제출하십시오. 서류 보내실 주소:

PerformCare New Jersey
Attention: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

필수 신청 양식:

양식 A부터 D까지 모두 작성 완료 및 서명 후 위 주소로 보내시기 바랍니다. 문의 사항은 PerformCare(전화: **1-877-652-7624**)로 전화하거나 웹사이트(http://www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility.aspx)를 방문해 주십시오.

☐ **양식 A: 신청자 정보 및 선언 양식**

신청자는 부모, 법적 후견인, 법원, 또는 법적 권한이 있는 에이전시만 가능합니다. 아동을 대신하여 신청서를 제출하는 사람은 선언 섹션에 서명해야 합니다. 신청서 양식의 어떤 부분이든지 친구, 가족 구성원, 대변인의 도움을 받아 작성할 수 있습니다.

☐ **양식 B: 아동 적응 행동 요약(CABS)**

본 양식은 아동을 잘 알고 최근 6개월 간 아동의 일반적인 생활 기능에 대해 대변할 수 있는 가족 구성원 또는 보호자가 작성해야 합니다. CABS 작성자는 본 양식에 서명해야 합니다. 부모/보호자가 아동과 현재 동거하지 않거나 가정에서 양육의 대부분을 담당하지 않는 경우 타인이 작성할 수 있습니다.

☐ **양식 C: 표지**

본 안내에 첨부되어 있습니다. PerformCare에 자격 신청 서류를 제출할 때마다 표지를 사용하십시오. 제출하시는 서식을 표시하고, 반드시 필수 서류 및/또는 증빙 서류의 **사본**을 제출하도록 하십시오. 서류는 반환하지 않으므로, 원본을 제출하지 마십시오

☐ **양식 D: HIPPA 동의서**

아동가족부의 ***개인정보취급방침(Notice of Privacy Practices)***을 읽어 보시고 서명 후 ***동의서 (Acknowledgement Form)***를 제출하십시오. 본 양식은 귀하가 제공한 신청 정보를 당사가 어떻게 이용 가능/불가능한지를 나타냅니다.

☐ **선택사항: 건강 정보 공개 승인서**

귀하의 신청 현황에 대해 당사가 공유할 수 있는 제 3자를 지정하고자 하실 경우, ***건강 정보 공개 승인* 섹션**에서 이를 명시하십시오. 정보 공개 대상으로 1인 이상을 지정할 수 있으나, 정보 공개 승인서에 기재된 사람만 아동의 신청 현황 정보를 알 수 있는 권한이 있습니다. 본 동의서에 기재된 제 3자에게 상세한 의료 정보는 공개하지 않습니다.

영주권, 시민권, 법적 후견인 필수 증빙 서류:

☐ **미국 영주권 및 시민권 증빙**

(다음 서류 중 하나: 아동 또는 부모의 미국 출생 증명서 사본, 아동 또는 부모의 유효한 미국 여권 사본, 아동 또는 부모의 미국 시민권을 증명할 수 있는 기타 서류 사본, 아동 또는 부모의 유효한 영주권 카드 사본)

☐ **뉴저지 거주 증빙**

(다음 중 하나: 부모의 유권자 등록 사본, 부모의 급여 명세서 사본, 부모의 W2 양식 사본, 부모의 부동산 납세 고지서 사본, 뉴저지주 또는 카운티 신분증 사본, NJ 운전면허증 사본, 부모/보호자 성명 및 뉴저지 주소가 기재된 공공요금 고지서 사본)

필수 제출 서류인 상당한 기능적 한계 증빙을 포함하여 정신/신체적 손상 및 발달 장애를 뒷받침하기에 충분한 임상 기록: 목록에 나와 있는 모든 기록을 제출할 필요는 없으나, **반드시** 다음을 충분히 증명할 수 있는 **최신** 기록을 제출하여야 합니다.

1. 정신 또는 신체적 손상 및 발달 장애의 존재, 구체적으로 정신 또는 신체적 손상 및 발달 장애를 진단한 평가(특정 신체, 신경, 유전적 질환, 및/또는 인지 기능 손상의 진단 및 이를 뒷받침하는 증거 등) 및,
2. 다음 주요 활동 중 3가지 이상에 대해 심각한 기능적 한계가 있음: 자기 관리, 듣기 또는 말하기 언어 능력, 학습, 이동, 자주적 결정, 독립적 생활 능력, 경제적 자립. 심각한 기능적 한계는 증빙 서류(예: 심리학적, 언어 치료, 작업 치료, 및/또는 물리 치료 평가), CABS, 아동의 연령에 따른 기대 수준 등을 종합적으로 평가하여 결정합니다.
3. 최신 적응 행동 검사(예: 적응 행동 평가 척도(ABAS))

임상 기록 증빙:

☐ 표준 인지 평가 결과 전문을 포함한 발달, 신경, 신경심리학, 또는 심리학 부문 최신 진단 평가서

☐ 아동 연구팀이 수행한 최신 검사(개인 맞춤 교육 프로그램(IEP) 아님)

☐ 최신 언어 치료 평가서

☐ 최신 작업 치료 평가서

☐ 최신 물리 치료 평가서

☐ 최신 조기 개입 평가서

☐ 보조기구 및/또는 기타 장비의 사용/필요를 나타낸 보조 기술 평가

서류 관련 주의 사항:

1. 자격 대상 신청서는 자격 대상을 증명하기 위한 모든 필수 정보 및 충분한 증빙 서류를 수령하기 전까지 검토를 진행하지 않습니다.
2. 모든 필수 및 증빙 서류를 한꺼번에 제출하여 발달 장애 자격 심사팀이 신속하게 신청 절차를 진행할 수 있도록 협조 바랍니다.
3. 의사의 요약 진단서, 레터, 처방전이 아닌 정신/신체적 손상 및 발달 장애를 진단한 진단 평가서 전체 사본을 제출해야 합니다.
4. 최신 증빙 서류는 아동 연구 팀 또는 공인 민간 의료인이 작성할 수 있습니다.
5. 인지 평가, 적응 행동 평가, 언어 치료, 작업 치료, 및/또는 물리 치료 평가를 포함하는 최신 아동 연구 팀 평가는 증빙서류가 될 수 있으나, 개인 맞춤 교육 프로그램(IEP)는 증빙서류가 될 수 없습니다.

추가 서류가 필요할 경우 통보해 드립니다.

발달 장애가 있는 18세 미만의 아동을 위한 자격여부 결정 신청서

양식 D: HIPPA 개인정보취급방침 안내-동의서

첨부된 개인정보취급방침 안내를 수령한 후 본 양식에 서명하여 신청서와 함께 제출하여야 합니다. 부모 중 한 명 또는 법적 후견인이 서명하십시오.

본인, _____ (성명)은/는, 개인정보취급방침을

_____ (날짜)에 수령하였음을 확인합니다.

다음 중 본인이 해당되는 것에 체크하십시오: ☐ 부모 ☐ 법적 후견인

_____

부모 또는 법적 후견인 서명 날짜

다음 아동을 대리하여 작성:

_____

아동 성명(정자체로 작성) 생년월일

HIPPA 개인정보취급방침 안내

주의: 본 안내는 아동의 혜택 또는 자격에 영향을 주지 않습니다.

본 안내의 내용은 아동가족부(Department of Children and Families)로부터 서비스를 제공받는 미성년자 개인, 법적 후견인, 부모에게 적용됩니다.

보호 대상 의료 정보는 가족교육권리 및 개인정보법 개정판(Family Educational Rights and Privacy Act) 20 U.S.C. 1232g에서 보장하는 교육 기록에 포함된 개인 식별 가능 의료 정보를 포함하지 않습니다.

본 안내는 아동의 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개되며, 그에 대한 정보를 얻는 방법을 설명합니다. 자세히 읽어 주시기 바랍니다.

아동의 기록에 나와 있는 정보의 내용과 아동의 건강 정보가 어떻게 사용되는지 이해하는 것은, 정확한 정보를 제공하고 누가, 무엇을, 언제, 왜 아동의 건강 정보에 접근하는지 이해하며, 타인에게 정보 공개를 결정하는데 도움이 됩니다.

의무:

아동가족부는 법률에 따라 다음 의무가 있습니다.

a. 아동의 건강 정보를 보호한다.

b. 수집하고 보관하는 아동 관련 정보에 대한 법적 의무 및 개인정보취급방침을 가입자에게 알린다.

아동가족부는 또한 다음 의무가 있습니다.

1. 본 안내의 내용을 준수한다.

2. 다른 수단으로 또는 장소에서 건강 정보를 소통하겠다는 합리적 요청을 수용한다.

3. 요청된 제한 사항에 동의하지 않을 경우 이를 통보한다.

당 기관은 당 기관이 보유하는 모든 보호 대상 건강 정보에 대한 방침을 변경하고 새 규정을 적용할 권리가 있습니다. 개인정보취급방침에 변경이 있을 경우 개정한 안내서를 제공합니다.

개인정보취급 일반 원칙

당 기관은 본 안내에 포함된 내용을 제외하고 아동의 건강 정보를 귀하의 서면 승인 없이 사용하거나 공개하지 않습니다.

승인 취소: 귀하는 아동의 건강 정보 공개를 서면 승인하였을 경우, 언제든지 승인을 취소할 수 있습니다. 승인 취소는 서면으로 하여야 합니다. 서면 취소의 경우에도 기존 승인에 기반하여 이미 공개한 정보 또는 보험을 위한 서면 승인이 필요한 경우 기존 승인을 철회하지 않습니다.

정신치료 소견에 대한 별도 승인: 귀하의 별도 서면 승인 없이 아동의 정신치료 소견을 공개하지 않습니다 귀하는 언제든지 특정 서면 승인을 취소할 수 있습니다. 승인 취소는 서면으로 하여야 합니다. 서면 취소의 경우에도 기존 승인에 기반하여 이미 공개한 정보 또는 보험을 위한 서면 승인이 필요한 경우 기존 승인을 철회하지 않습니다.

서면 승인 없는 아동의 건강 정보 사용 또는 공개:

1. **치료.** 당 기관은 아동의 건강 정보를 아동의 치료에 활용할 수 있습니다. 예를 들어, 간호사, 의사, 또는 기타 아동을 담당하는 의료진이 알게 된 정보는 아동의 의료 기록에 기재되고 아동의 진단 또는 아동에게 최선의 치료법을 찾는 과정에서 사용될 수 있습니다. 의사 또는 기타 의료 전문가는 아동의 정보를 PerformCare, 아동가족부의 일원 또는 아동가족부 외부의 다른 의료 전문가와 공유하여 아동의 진단 또는 치료에 활용할 수 있습니다.

2. **결제.** 아동의 건강 정보는 비용 결제를 위해 사용될 수 있습니다. 예를 들어, 귀하 또는 제 3자에게 청구서가 발송될 수 있습니다 청구서에 나와 있거나 부속된 정보에는 아동을 식별할 수 있는 정보 및 아동의 진단, 치료 절차, 사용된 의료품 등이 포함될 수 있습니다.

3. **보건 서비스 운영.** 아동의 건강 정보는 정규 보건 서비스 운영을 위해 사용될 수 있습니다. 예를 들어, 의료진, 리스크/품질 관리 매니저, 품질 관리 팀에서 아동의 건강 기록 정보에 접근하여 귀하의 아동 및 그와 유사한 다른 아동에게 제공된 서비스와 그 성과를 평가할 수 있습니다.

4. **협력사.** 당 기관에서 제공하는 서비스 일부는 협력사와의 계약으로 이루어집니다. 예를 들면 회계사, 컨설턴트, 변호사 등입니다. 이러한 서비스 계약시에 아동의 건강 정보를 협력사에 공개하여 그들이 원활하게 서비스를 제공할 수 있도록 할 수 있습니다. 그러나 아동의 건강 정보를 보호하기 위해 협력사들이 아동의 정보를 적절하게 보호하도록 요구합니다.

5. **아동의 보호에 관여하는 가족 및 지인.** 귀하의 반대가 없을 경우, 아동의 건강 정보를 가족 구성원, 친척, 또는 아동의 보호 또는 아동의 건강 관리 비용 지불에 관여하는 가까운 지인과 공유할 수 있습니다. 또한, 아동의 보호 책임이 있는 가족 구성원, 대리인, 또는 기타 책임자에게 아동의 위치 및 전반적인 상태를 알려줄 수 있습니다. 경우에 따라 재난 구조 기관에 아동의 정보를 제공하여 이러한 사람들에게 알리도록 도울 수도 있습니다.

6. **연구.** 연구 제안서 및 아동의 건강 정보 보호 규정에 대한 임상연구심의위원회 검토를 통과한 연구를 수행하는 연구자에게 아동의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

7. **장의사.** 관련법에 따라 의무를 수행하는 장의사 및 검시관에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

8. **장기 구득 기관.** 관련법에 따라, 장기 기증 및 이식을 목적으로 하는 장기 구득 기관 또는 장기 구득, 장기 은행, 장기 이식을 담당하는 다른 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

9. **연락처.** 예약 알림 또는 귀하가 관심을 가질 만한 대안 치료, 기타 건강 관련 혜택 및 서비스에 관한 정보를 제공하기 위해 연락할 수 있습니다.

10. **식품의약품국(FDA).** 식품, 보조 식품, 제품 및 제품 결함 관련 부작용 또는 시판 후 조사 정보를 FDA에 제공하여 제품 리콜, 개정, 대체 결정에 활용할 수 있습니다.

11. **직원 보상.** 직원 보상 관련법 또는 기타 유사한 법정 규정 준수에 필요하고 승인된 범위 내에서 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

12. **공중 보건.** 관련법에 따라, 공중 보건 또는 질병, 부상, 장애의 예방과 관리 책임이 있는 법정 기관에 아동의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

13. **교정 기관.** 아동이 교정 기관의 수감자일 경우, 해당 기관 또는 그 직원에 아동의 건강 및 타인의 안전에 필요한 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

14. **사법당국.** 법률에 따른 사법 집행 목적 또는 유효한 소환장에 대하여 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

15. **학대, 방치, 가정 폭력.** 귀하의 아동이 학대, 방치, 또는 가정 폭력의 희생자라고 믿을 만한 합당한 이유가 있는 경우 아동의 건강 정보를 법률 허용 범위 내에서 당국, 사회복지기관, 또는 보호 기관에 제공할 수 있습니다. 아동에게 중대한 피해가 갈 염려가 없는 한, 즉시 귀하에게 이 사실을 통보할 것입니다.

16. **보건 감독 활동.** 법률상 승인된 보건 감독 기관의 활동, 즉 감사, 행정 조사, 범죄 조사, 시찰, 면허 인가, 징계를 비롯하여 보건 시스템, 정부 보조 프로그램, 정부 규제 프로그램, 인권법 준수의 관리 감독에 필요한 활동을 위해 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

17. **법원 및 행정 절차.** 법원 명령 또는 행정 법원의 명령, 유효한 소환장에 대응하여 아동의 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 단, 정보 요청 당사자가 귀하에게 이를 알리기 위해 정당한 노력을 했거나 아동의 정보 보호 명령을 확보하기 위한 노력을 했다는 합당한 증거를 수령할 경우에만 공개합니다.

18. **국가 안보 및 정보 활동.** 국가 안보 활동을 위해 연방 공무원에게 아동의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

아동의 건강 정보에 관한 권리

아동의 건강 기록은 아동가족부의 물리적 소유물이나, 아동의 건강 기록에 기재된 내용은 귀하 및 귀하의 아동에게 귀속합니다. 귀하는 다음 권리가 있습니다.

1. 귀하는 치료, 결제, 아동가족부의 제반 보건 서비스 운영과 관련하여 특정 목적으로 아동의 건강 정보를 사용하거나 공개하지 않도록 요청할 수 있으며, 특정 가족 구성원, 기타 친척 또는 지인에게 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다. 이러한 요청은 개인정보보호 담당자에게 서면으로 제출하여야 합니다. 귀하의 요청은 고려 대상이지만 이를 반드시 따를 책임은 없음에 유의하여 주십시오.

2. 귀하는 아동의 건강 정보에 대해 기밀을 유지하는 방식으로 소통할 권리가 있습니다. 아동의 건강 정보에 대해 저희 기관과 소통하는 방식 또는 장소와 관련하여 이견이 있을 경우, 다른 수단 또는 장소에서 소통하도록 요청할 수 있습니다. 그러한 요청은 서면으로 작성하여 개인정보 담당자에게 제출하여야 합니다 합리적인 요청은 수용해드릴 것입니다.

3. 아동의 건강 정보를 검토하거나 사본을 요청할 수 있으며, 요청 시 30일 이내로 제공됩니다 그러한 요청은 서면으로 작성하여 개인정보 담당자에게 제출하여야 합니다. 사본을 요청할 경우, 소정의 수수료가 부과됩니다.

4. 아동의 기록상 건강 정보가 틀리거나 누락되었다고 생각하실 경우, 기존 정보를 수정하거나 추가하도록 요청하실 수 있습니다. 그러한 요청을 뒷받침할 수 있는 이유를 제출해야 합니다. 그러한 요청은 서면으로 작성하여 개인정보 담당자에게 제출하여야 합니다.

5. 귀하는 최대 6년의 기간 동안 아동의 건강 정보 공개 내역을 취합하여 서면으로 제공하도록 요청할 수 있습니다. 단, 2003년 4월 14일 이전 공개 내역은 법률에 따라 취합할 의무가 없습니다 이러한 요청은 개인정보보호 담당자에게 서면으로 제출하여야 합니다. 공개 내역에는 다음 유형은 포함하지 않으니 유의하여 주시기 바랍니다: 치료, 결제, 보건 서비스 운영을 위한 공개 내역; 귀하, 귀하의 법률 대리인, 또는 아동의 보호에 관여하는 타인에게 공개한 내역; 귀하 또는 귀하의 법률 대리인이 승인한 공개 내역; 교정 기관, 사법 당국의 공무원에게 공개된 내역 또는 국가 보안상 목적의 공개 내역; 디렉토리를 통한 공개 내역; 아동의 건강 정보 사용 및 공개 허용 범위에 해당하는 공개 과정에서 우연히 공개된 내역(예: 지나가던 환자가 정보를 들었을 경우). 12개월 동안 최초의 요청에 대해서는 수수료가 부과되지 않으나, 동일 12개월 내에 추가 요청에 대해서는 소정의 수수료가 부과될 수 있습니다.

6. 귀하는 개인정보취급방침의 사본을 요청할 권리가 있습니다.

7. 공개 행위가 이미 이루어졌을 경우를 제외하고 건강 정보 사용 또는 공개에 대한 모든 승인을 철회할 수 있습니다. 이러한 요청은 개인정보보호 담당자에게 서면으로 제출하여야 합니다.

더 자세한 정보 및 민원 제기

문의 사항 또는 추가 정보가 필요하시면 다음 주소로 개인정보 담당자에게 연락하십시오.

아동의 개인정보 권리가 침해당했다고 생각하실 경우, 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 불만사항은 반드시 서면으로 작성하여 개인정보 담당자에게 제출해야 합니다 불만사항 양식은 개인정보 담당자로부터 받을 수 있으며 작성 완료하여 다음 주소로 제출해야 합니다.

State of New Jersey, Department of Children and Families
PO Box 717
Trenton, NJ 08625

또한, 다음 주소로 연방 보건복지부(Department of Health and Human Services) 장관에게 서면으로 불만사항을 제기할 수 있습니다.

DHHS
200 Independence Avenue SW
Washington DC 20201

민원은 문제 상황 발생 180일 이내로 제기해야 합니다. 또한 인권사무국(Office of Civil Rights)에 **866-627-7748** 번으로 연락하여 불만사항을 제기할 수 있습니다.

아동가족부 개인정보 담당자나 연방 보건복지부 장관에게 불만사항을 제기하여도 귀하의 아동에 대한 보복은 없으며, 아동이 받는 혜택에 영향을 주지 않습니다.

차별은 불법입니다

PerformCare는 관련 연방 공민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. PerformCare는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별 때문에 사람을 배제하거나 달리 대우하지 않습니다.

PerformCare는 서비스 사용에 대한 언어적인 장애 요소를 New Jersey Children's System of Care를 통해 다음과 같이 해소합니다:

- 장애를 가지고 있는 사람들에게 무료로 도움과 서비스를 제공함으로써 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있게 하며, 이에는 다음과 같은 것들이 포함됩니다:
  - 타 형태(확대 문자, 음성 자료, 장애인 전용 전자 자료 및 기타 형태)로 되어 있는 문서.
  - 청각 장애인이나 난청인 또는 언어 장애가 있는 사람들이 전화로 의사소통을 할 수 있게 해주는 청각장애인 보조 기기(TDD) 및 문자 전화(TTY) 시스템과 같은 통신 기기.
- 영어가 주 언어가 아닌 사람들을 위해 무료로 제공되는 다음과 같은 언어 서비스:
  - 전문 통역 서비스.
  - 타 언어로 제공되는 정보 문서.

이러한 서비스가 필요하신 경우, PerformCare에 **1-877-652-7624**번 또는 청각 장애가 있으신 경우 **1-866-896-6975(TTY)**번으로 연락주시기 바랍니다. 주 7일 24시간 연락이 가능합니다.

만약 PerformCare가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 했다고 판단되시는 경우, PerformCare 서비스 품질 관리 부서에 1-877-652-7624번으로 연락하거나 다음 주소로 서신을 보내 불만사항을 제기하실 수 있습니다:

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

불만사항을 제기하는데 도움이 필요하신 경우, PerformCare의 서비스 품질 부서에서 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 측에 공민권에 대한 불만사항을 Office for Civil Rights Complaint Portal (**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**)을 통해 전자적으로 또는 다음 연락처로 서신이나 전화를 통해 제기하실 수 있습니다

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (**TDD**)

불만사항 제기 양식은 다음 주소에서 구하실 수 있습니다: **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

다국어 통역 서비스

Attention: 영어를 구사하지 못하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-877-652-7624(TTY 1-866-896-6975) 번으로 연락하십시오.

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-866-896-6975).

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意：如果您说中文普通话/国语，我们可为您提供免费语言援助服务。请致电：**1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১**1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意：如果您使用粵語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:
توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں **1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).**

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).