개인정보 수집・이용・제공 동의서(가족・후견인 외 보호자)

이름		생년월일	

개인정보 수집 ・ 이용 ・ 제공 동의 부문

☐ 개인정보 수집 및 이용에 대한 사항(필수)

수집・이용 항목	수집・이용 목적	보유기간
대상자와의 관계, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료관리비지원 대상 계좌정보(치매치료비 지원 신청시), 사진	기초상담, 심층상담, 자원연계, 보호자상담, 돌봄부담분석, 가족교실, 힐링프로그램, 자조모임, 치매안심센터 서비스 안내	준영구

※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매안심센터에서 운영하는 "대상자 가족 외의 보호자"에 대한 지원 업무에만 활용되며, 위 개인정보 수집・이용에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 업무지원을 할 수 없어 치매안심센터 이용에 제한을 받으실 수 있습니다.

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

☐ 개인정보(민감정보) 수집 및 이용에 대한 사항(필수)

개인정보 처리사유	개인정보 항목	수집근거
・치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 ・공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 ・치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무	주민등록번호, 외국인등록번호	치매관리법 시행령 제14조

※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매안심센터에서 운영하는 "대상자 가족 외의 보호자"에 대한 지원 업무에만 활용되며, 위 개인정보 수집・이용에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 업무지원을 할 수 없어 치매안심센터 이용에 제한을 받으실 수 있습니다.

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

☐ 개인정보 이용에 관한 사항(선택)

이용항목	이용목적	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 ☐ 미동의 ☐

※ 본인은 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무), 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조에 따른 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

년 월 일

본인: (서명 또는 인)

생년월일:

(미성년자일 경우) 보호자 연락처:

대리인: (서명 또는 인)

본인과의 관계:

대리 동의 사유:

강원도 강릉시 치매안심센터장 귀하