

## 사회복지적 치료비 개인정보제공 및 정보공개 동의서

환 아 명		주민등록번호	-
주 소			
연 락 처			

1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : (사)한국백혈병소아암협회 사회복지적 치료비 지원사업

2. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의

개인정보의 수집및이용목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 치료비 심의 ■ 보건소, 병원, 치료비 지원단체 등으로부터 치료비 수혜내역 확인을 통한 지원 적정성 판단</li> <li>■ 치료비 지원사업 수행 및 관련 정책연구·개발 ■ 소아암 인식개선 및 치료비 기금 마련을 위한 홍보</li> </ul>
수집하는 개인정보의 범위 및 항목	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개인정보 : 기본 정보(성명, 주소, 연락처 등) ■ 고유식별정보 : 주민등록번호(외국인등록번호)</li> <li>■ 민감정보 : 건강정보, 보호자의 소득 및 재산정보 등 ■ 보호자 개인정보 : 성명, 연락처, 직업 등</li> </ul>

※ 본인은 치료비 지원대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자로, 개인정보보호법 규정에 의거하여 본인의 개인정보, 고유식별정보, 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

3. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제공받는 자	개인정보를 제공받는 자의 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	개인정보 공개형태
심의위원, 치료병원, 보건소, 유관 치료비 지원단체, 후원기관 및 모금기관	치료비 심의, 치료비 지원 내용 확인, 후원보고, 모금활동, 홍보활동	환아 성명, 진단명, 생년월일, 치료병원, 지원금액, 지원시기, 치료경과, 환아 사진, 환아 사연	개인정보를 제공받는 자가 요청하는 내용의 문서, 방송(TV, 라디오), 신문, 인터넷 후원기관 사이트 및 출판물 등

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 치료비 지원 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 치료비 지원대상자로 신청하거나 대상자로 선정된 자로, 개인정보보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

4. 미성년자의 개인정보 동의 여부

법정대리인 성명	(인/서명)	환자와의 관계	
----------	--------	---------	--

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 치료비 지원 대상자 등록신청 및 지원 신청이 불가능할 수 있으며, 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

※ 본인은 ( ) 환아의 법정대리인으로, 개인정보보호법 제22조 제5항에 따라 개인정보의 수집·이용·제공 등에 대하여 확인하였습니다.

☐ 확인함

☐ 확인하지 않음

5. 개인정보 보유 및 이용기간 : 대상자 선정 및 관리를 위해 영구 보존(단 제출서류 보존기한 5년)

협회에 등록된 개인의 정보 파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집, 이용 및 제공에 관한 동의 여부에 대하여 최종 확인하였습니다.

☐ 확인함

☐ 확인하지 않음

년 월 일 동의인 : (서명 또는 인)

(사)한국백혈병소아암협회장 귀하