

개인정보 조회·수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 조회 부문 (필수)

개인정보 조회에 관한 사항

조회대상 기관	귀하의 개인정보를 다음과 같은 기관에서 조회합니다 • 국민건강보험공단, (주)NICE, 사회보장정보시스템, 행정정보공동이용시스템
조회 목적	치매관련 맞춤형 서비스 업무 수행 • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 적격 심사, 수혜 확인 및 부정중복수급 확인 • 서비스 의뢰 결과에 대하여 조회 및 확인 치매안심센터 및 국가치매관리사업의 지원서비스 개발, 수요규모 파악
조회할 개인정보	가족관계, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진, 사망자 정보, 건강보험자격확인
조회동의 효력기간	준영구
※ 개인정보 조회 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다	
위와 같이 개인정보 조회에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>	

개인정보(민감정보) 조회에 관한 사항

조회대상 기관	귀하의 민감정보를 다음과 같은 기관에 조회합니다 • 국민건강보험공단, (주)NICE, 사회보장정보시스템, 행정정보공동이용시스템
조회 목적	치매관련 맞춤형 서비스 업무 수행 • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 적격 심사, 수혜 확인 및 부정중복수급 확인 • 서비스 의뢰 결과에 대하여 조회 및 확인 치매안심센터 및 국가치매관리사업의 지원서비스 개발, 수요규모 파악
조회할 민감정보	건강, 질병 및 장애에 대한 정보(진단명, 치매치료약 처방 정보, 치료관련 프로그램명, 조기검진 결과 등), 건강장기요양보험료 납부확인(지역가입자/직장가입자)
조회 동의 효력기간	준영구
※ 민감정보 조회 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다	
위와 같이 민감정보 조회에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>	

개인정보 수집 및 이용에 관한 고지사항

※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집 및 이용합니다.

개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

개인정보 처리사유	개인정보 항목	수집 근거
<ul style="list-style-type: none"> • 치매검진사업에 관한 사무 • 치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 • 성년후견제 이용지원에 관한 사무 • 공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 • 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무 	가족관계, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 주민등록번호, 외국인등록번호 , 거주, 직업, 사진, 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양 보험료 납부확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등)	치매관리법 시행령 제14조 (민감정보 및 고유식별 정보의 처리)

개인정보 제3자 제공 부문 (필수)

개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 기관	제공목적	제공하는 항목	보유기간
보건소 및 협약 의료기관, 복지관, 동 주민센터, 시군구청, 경찰청, 정신건강복지센터, 국민건강보험공단, 사회보장정보원, 장기요양기관, (주)NICE, 중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담콜센터, 타 지역 치매안심센터, 행정안전부	치매조기검진, 치매환자 지원-맞춤형사례관리, 실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원, 전문심리상담	가족관계, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진 맞춤형사례관리 대상자 생활환경 정보, 실종예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표(세부) 정보(대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등), 돌봄부담분석 결과 정보	퇴록 시 까지
※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 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
주소, 전화번호, 이메일	치매안심센터 각종 서비스 안내	1년
※ 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"/>		

개인정보 이용에 관한 사항

이용 항목	이용 목적	보유기간
이메일, 연락처	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 의료법을 기준으로 하며, 공공기록물 관리에 관한 법률에 의거 준영구 보유합니다.
- ※ 본 동의서의 '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미합니다.
- ※ 본인은 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무), 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조, 제23조에 따른 개인정보 및 민감정보 처리에 관하여 고지받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

년 월 일

본인: (서명 또는 인)

생년월일 : . . .

대리인: (서명 또는 인)

본인과의 관계 : ()

대리 동의 사유 : ()

경기도 안성시

치매안심센터장 귀하