

## 「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위한 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 (공단 제출용)

### [ 신청서 ]

<b>정보주체 (본인)</b>	<b>성명</b>		<b>장기요양인정번호</b>	<b>L</b>
	<b>생년월일</b>		<b>연락처</b>	
	<b>주소</b>	주민등록지 실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다.		

※ 본 사업은 거동이 불편하여 병원 등 의료서비스 이용이 어려운 분에게 월 1회 방문진료, 월 2회 방문간호를 기본 제공하고 지역 내 복지 서비스를 연계해주는 사업으로 본인부담금이 일부 발생합니다.

### □ 시범사업 서비스 제공 사항

<b>포괄평가</b>	질병 등 건강문제와 사회·환경적 문제 등 포괄적으로 평가		
<b>케어플랜</b>	포괄평가 후 효율적인 질환 관리 및 돌봄 가능하도록 계획 수립		
<b>직종별 서비스</b>	방문진료	의사가 방문하여 진찰, 처방, 검사, 상담 등을 제공	
	방문간호	간호사가 방문하여 진료보조, 교육·상담, 투약지도 등을 제공	
	정기상담	사회복지사가 방문 또는 유선으로 상담 및 욕구 파악	
<b>지역사회 자원연계</b>	지역 내 장기요양기관, 지자체, 복지관 등의 요양·돌봄 서비스 연계		

### [ 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 ]

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

내역	확 인 (√ 체크)
<b>1. 개인정보 수집·이용 내역</b> ① 개인정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행 ② 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양 감경기준 적용여부 ③ 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b> ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함
<b>2. 민감정보 수집·이용 내역</b> ① 민감정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행 ② 수집하려는 민감정보의 항목 : <b>장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간) 정보, 가정간호·일차의료 만성질환관리·장애인 건강주치의 시범사업 및 장기요양급여 이용여부와 일시</b> ③ 민감정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b> ④ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함

<p><b>3. 개인정보 제3자 제공 내역</b></p> <p>① 개인정보를 제공받는 자 : <b>시범사업 참여 의료기관 중 정보주체가 이용 예정인 의료기관</b></p> <p>② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : <b>장기요양 재택의료센터 시범사업 이용 신청자 관리 및 관련 업무수행</b></p> <p>③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양 감경기준 적용여부</p> <p>④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b></p> <p>⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함
<p><b>4. 민감정보 제3자 제공 내역</b></p> <p>① 민감정보를 제공받는 자 : <b>시범사업 참여 의료기관 중 정보주체가 이용 예정인 의료기관</b></p> <p>② 민감정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : <b>장기요양 재택의료센터 시범사업 이용 신청자 관리 및 관련 업무수행</b></p> <p>③ 제3자가 제공받는 민감정보의 항목 : <b>장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간) 정보 일차의료 만성질환관리장애인 건강주치의 시범사업 이용여부(이용자에 한함)</b></p> <p>④ 제3자의 민감정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b></p> <p>⑤ 위의 민감정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함

2024 년 월 일

본인 성명

(서명 또는 인)

## 국민건강보험공단 귀중

### [ 대리인의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 ]

※ 대리인(가족)이 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성하여 제출하는 경우에만 작성합니다.

대리인 (가족)	성명  신청인과의 관계	연락처  <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀(며느리, 사위 포함) <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 손자녀(손부, 손서 포함) <input type="checkbox"/> 조부모(외조부모 포함) <input type="checkbox"/> 기타( )
-------------	-----------------------	--

내역	확 인 (V 체크)
<p><b>1. 개인정보 수집·이용 내역</b></p> <p>① 개인정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행</p> <p>② 수집하려는 개인정보의 항목 : 대리인 정보(성명, 연락처, 신청인과의 관계)</p> <p>③ 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b></p> <p>④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함

**2. 개인정보 제3자 제공 내역**

- ① 개인정보를 제공받는 제3자 : **시범사업 참여 의료기관 중 정보주체가 이용 예정인 의료기관**
- ② 개인정보를 제공받는 제3자의 수집·이용 목적 : **장기요양 재택의료센터 시범사업 이용 신청자 관리 및 관련 업무수행**
- ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 대리인 정보(성명, 연락처, 신청인과의 관계)
- ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 : **5년**
- ⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함  
  
 동의안함

2024 년      월      일

**대리인 성명** **(서명 또는 인)**

- 주민등록번호, 외국인등록번호는 국민건강보험법 시행령 제81조(민감정보 및 고유식별 정보의 처리), 노인장기요양법 시행령 제28조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)등에 따라 처리합니다.
- 대리인의 범위는 노인장기요양보험법 제22조(장기요양인정 신청 등에 대한 대리) 및 민법 제779조(가족의 범위)에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족 및 형제자매, 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 생계를 같이하는 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매를 뜻하며 신청 시 대리인 신분증 확인 및 위임장 제출이 필요합니다.

신청방법	신청자	증빙서류 확인방법
지사방문(내방)	신청인(본인)	- 신청인의 신분증 제시
	대리인(가족)	- 신청인 및 대리인(가족)의 신분증 제시 - 신청인(본인)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의에 대한 위임장
우편접수	신청인(본인)	- 신청인의 신분증 사본 제출
	대리인(가족)	- 신청인 및 대리인(가족)의 신분증 사본 제출 - 신청인(본인)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의에 대한 위임장

- 대리인(가족)이 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성할 경우에만 대리인의 정보를 수집·이용·제3자 제공합니다.

**행정정보 공동이용 동의서**

본인은 위 사업 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 가족관계를 확인하는 것에 동의합니다.

※ '행정정보 공동이용 동의서'에 동의하지 아니하거나 행정정보 공동이용을 통해 가족관계 확인이 불가할 경우, 반드시 증빙서류(가족관계증명서 등(3개월 이내))를 제출해야 합니다.

**대리인 성명** **(서명 또는 인)**

**국민건강보험공단 귀중**

## 「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위한 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 (의원 제출용)

### [ 신청서 ]

<b>정보주체 (본인)</b>	성명		장기요양인정번호	L
	생년월일		연락처	
	주소	주민등록지 실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다.		

※ 본 사업은 거동이 불편하여 병원 등 의료서비스 이용이 어려운 분에게 월 1회 방문진료, 월 2회 방문 간호를 기본 제공하고 지역 내 복지 서비스를 연계해주는 사업으로 본인부담금이 일부 발생합니다.

### □ 시범사업 서비스 제공 사항

<b>포괄평가</b>	질병 등 건강문제와 사회·환경적 문제 등 포괄적으로 평가		
<b>케어플랜</b>	포괄평가 후 효율적인 질환 관리 및 돌봄 가능하도록 계획 수립		
<b>직종별 서비스</b>	방문진료	의사가 방문하여 진찰, 처방, 검사, 상담 등을 제공	
	방문간호	간호사가 방문하여 진료보조, 교육·상담, 투약지도 등을 제공	
	정기상담	사회복지사가 방문 또는 유선으로 상담 및 욕구 파악	
<b>지역사회 자원연계</b>	지역 내 장기요양기관, 지자체, 복지관 등의 요양·돌봄 서비스 연계		

### [ 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 ]

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

내	역	확 인 (√ 체크)
<b>1. 개인정보 수집·이용 내역</b>		
① 개인정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행		<input type="checkbox"/>
② 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양 감경기준 적용 여부, 지역사회 자원연계 정보		동의함
③ 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b>		<input type="checkbox"/>
④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.		동의안함
<b>2. 민감정보 수집·이용 내역</b>		
① 민감정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행		<input type="checkbox"/>
② 수집하려는 민감정보의 항목 : <b>건강정보(의료기관명, 질병명, 질병코드, 급여내역 및 횟수), 방문 기본정보(서비스* 이용내역(실시일, 소요시간, 방문사유, 수행인력, 진료 및 간호정보(조치내용 및 향후 계획))), 장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간)정보, 방문진료료 본인부담률 및 부담액, 가정간호·일차 의료 만성질환관리·장애인 건강주치의 시범사업 및 장기요양급여 이용여부와 일시</b>		동의함
		<input type="checkbox"/>
		동의안함

<p>* 포괄 평가 및케어플랜, 직종별 방문점검 서비스(방문진료·간호, 대상자 모니터링, 점검 및 평가, 서비스 연계조정 결과 등 포함)</p> <p>③ 민감정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b></p> <p>④ 위의 <b>민감정보 수집·이용에 대한</b> 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	
<p><b>3. 개인정보 제3자 제공 내역</b></p> <p>① 개인정보를 제공받는 자 : <b>보건복지부, 국민건강보험공단, 지자체( )</b></p> <p>② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : <b>대상자 관리, 서비스 연계, 서비스 내용 심사·평가, 서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집 등 시범사업 관련 업무수행</b></p> <p>③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : <b>성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양감경기준 적용여부, 지역사회 자원연계정보</b>  - <b>보건복지부 및 국민건강보험공단</b> : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 장기요양감경기준 적용여부, 지역사회 자원연계 정보  - <b>지자체( )</b> : 성명, 생년월일, 주소, 연락처</p> <p>④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b></p> <p>⑤ 위의 <b>개인정보 제3자 제공에 대한</b> 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의안함</p>
<p><b>4. 민감정보 제3자 제공 내역</b></p> <p>① 민감정보를 제공받는 자 : <b>보건복지부, 국민건강보험공단</b></p> <p>② 민감정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적 : <b>대상자 관리, 서비스 내용 심사·평가, 서비스 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집 등 시범사업 관련 업무수행</b></p> <p>③ 제3자가 제공받는 민감정보의 항목 : <b>건강정보(의료기관명, 질병명, 질병코드, 급여 내역 및 횟수), 방문 기본정보(서비스* 이용내역(실시일, 소요시간, 방문사유, 수행인력, 진료 및 간호정보(조치내용 및 향후 계획))), 장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간)정보, 방문진료료 본인부담률 및 부담액, 가정간호·일차의료 만성질환관리·장애인 건강주치의 시범사업 및 장기요양급여 이용 여부와 일시</b></p> <p>* 포괄 평가 및 케어플랜, 직종별 방문점검 서비스(방문진료·간호, 대상자 모니터링, 점검 및 평가, 서비스 연계·조정 결과 등 포함)</p> <p>④ 제3자의 민감정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b></p> <p>⑤ 위의 <b>민감정보 제3자 제공에 대한</b> 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 동의함</p> <p><input type="checkbox"/> 동의안함</p>

2024 년      월      일

본인 성명

(서명 또는 인)

**장기요양 재택의료센터 시범기관 푸른의원** 귀중

## [ 대리인의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 ]

※ 대리인(가족)이 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성하여 제출하는 경우에만 작성합니다.

대리인 (가족)	성명		연락처	
	신청인과의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀(며느리, 사위 포함) <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 손자녀(손부, 손서 포함) <input type="checkbox"/> 조부모(외조부모 포함) <input type="checkbox"/> 기타(       )		
내역				확인 (√ 체크)
<b>1. 개인정보 수집·이용 내역</b> ① 개인정보의 수집·이용 목적 : 장기요양 재택의료센터 시범사업 관련 업무수행 ② 수집하려는 개인정보의 항목 : 대리인 정보(성명, 연락처, 신청인과의 관계) ③ 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b> ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함
<b>2. 개인정보 제3자 제공 내역</b> ① 개인정보를 제공받는 제3자 : <b>보건복지부, 국민건강보험공단, 지자체(       )</b> ② 개인정보를 제공받는 제3자의 수집·이용 목적 : <b>대상자 관리, 서비스 연계, 서비스 적절성과 효과성 평가를 위한 기초자료 수집 등 시범사업 관련 업무수행</b> ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목 : 대리인 정보(성명, 연락처, 신청인과의 관계) ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용기간 : <b>5년</b> ⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 동의함  <input type="checkbox"/> 동의안함

2024 년       월       일

대리인 성명

(서명 또는 인)

- 주민등록번호, 외국인등록번호는 국민건강보험법 시행령 제81조(민감정보 및 고유식별 정보의 처리), 노인장기요양법 시행령 제28조의3(민감정보 및 고유식별정보의 처리)등에 따라 처리합니다.
- 대리인의 범위는 노인장기요양보험법 제22조(장기요양인정 신청 등에 대한 대리) 및 민법 제779조(가족의 범위)에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족 및 형제자매, 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 생계를 같이하는 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매를 뜻하며 신청 시 대리인 신분증 확인 및 위임장 제출이 필요합니다.

신청자	증빙서류 확인방법
신청인(본인)	- 신청인의 신분증 제시
대리인(가족)	- 신청인 및 대리인(가족)의 신분증 제시 - 신청인(본인)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의에 대한 위임장 - 신청인과의 가족관계를 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 등)

- 대리인(가족)이 「장기요양 재택의료센터 시범사업」신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 작성할 경우에만 대리인의 정보를 수집·이용·제3자 제공합니다.

장기요양 재택의료센터 시범기관 푸른의원 귀중

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 신청 대리인

**위 임 장**

수급자 (본인)	성명		생년월일	
	연락처			
	주소	주민등록지		
실제 거주지 ※ 주민등록지와 동일한 경우에는 적지 않습니다.				

위 수급자(본인)은 아래의 대리인에게 「장기요양 재택의료센터 시범사업」 신청서 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서의 작성 및 제출을 위임합니다.

대리인 (가족)	성명		생년월일	
	연락처			
	주소			
	신청인과의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀(며느리, 사위 포함) <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 손자녀(손부, 손서 포함) <input type="checkbox"/> 조부모(외조부모 포함) <input type="checkbox"/> 기타(                                    )		

2024 년                    월                    일

수급자(본인) 성명

(서명 또는 인)

※ 대리인은 본 위임장과 수급자 및 대리인의 신분증을 제시하여야 합니다.