

치료비 지원사업 개인정보 제공 및 정보공개 동의서

환 아 명		주민등록번호	-
주 소			
연 락 처			

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

2. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의

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

※ 본인은 치료비 지원대상자로 신청하거나 대상자로 선정·등록된 자료, 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
치료병원, 보건소, 유관 치료비 지원단, 후원기관 및 모금기관	치료비 지원 내용 확인 후원보고, 모금활동	환아 성명, 진단명, 생년월일, 치료병원, 지원금액, 지원시기, 치료경과, 환아 사진, 환아 사연	방송(TV, 라디오), 신문, 인터넷 후원기관 사이트 및 출판물

※ 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 자료, 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 ( ) 환자의 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