

## Children 1<sup>st</sup> 동의서 (Children 1<sup>st</sup> Consent Form)

Children 1st 프로그램의 전반적인 목표는 조지아주의 신생아부터그들의 5번째 생일 아동의 건강과 발달 과정을 개선하는 것입니다. 저희의 사명은 건강 및 발달 문제에 취약한 어린이를 파악하여 조기 개입을 통해 최적의 건강과 성장을 이룰 수 있게 하는 것입니다.

해당 지역구 직원이 Children 1<sup>st</sup> 서비스를 제공하며, 아동의 강점과 자원 요구 사항 파악을 위한 개별 평가와 발달 검진(예: 연령 및 단계 설문지, 유아 자폐증 관련 수정된 체크리스트)을 진행합니다. 서비스는 가정, 진료소 또는 원격 의료로 제공됩니다.

본인은 아래의 "동의" 옵션에 표기함으로써 다음 사항을 이해함을 확인합니다.

1. 조지아 공중보건부(DPH)에서 본인에게 문자 또는 이메일 메시지를 보낼 수 있습니다.
2. 조지아 공중보건부는 안전한 원격 의료 플랫폼을 통해 본인에게 서비스를 제공할 수 있습니다.
3. 조지아 공중보건부의 문자와 이메일을 받을 때, 다른 사람이 메시지를 읽을 수 있는 가능성과 같은 위험이 따를 수 있습니다.
4. 본인이 가입한 휴대전화 통신사의 요금제에 따라 메시지 또는 기타 데이터 요금이 청구될 수 있으며, 이러한 비용은 본인의 책임입니다.
5. 조지아 공중보건부의 문자나 이메일 메시지를 더 이상 받고 싶지 않거나 원격 의료 서비스를 받고 싶지 않은 경우, 언제든지 Children 1<sup>st</sup> 코디네이터에게 연락하여 동의를 철회할 수 있습니다.
6. 본인의 휴대전화 번호 또는 이메일 주소가 변경되거나 더 이상 소유하지 않을 경우, 본인은 가능한 한, 최소 10일 전에 Children 1<sup>st</sup> 코디네이터에게 서면으로 알려 조지아 공중보건부에 전달되도록 해야 할 책임이 있습니다. 본인은 이러한 변경사항을 공중보건부에 알리지 않을 경우, 해당 법률의 보호를 벗어나 타인이 본인의 정보를 사용하거나 또는 타인에게 본인의 정보가 공개되는 등의 위험을 감수합니다.
7. 아래에서 "동의함"을 선택하는 것은 본인의 선택이며, "동의하지 않음"을 선택하더라도 Children 1<sup>st</sup> 프로그램에 대한 본인의 자격 또는 참여에 영향을 미치지 않습니다.
8. 본인이 만료일 전에 Children 1<sup>st</sup> 코디네이터에게 서면으로 동의 철회를 하지 않는 한, 이 동의서는 서명 날짜로부터 5년 후에 만료됩니다.

아래 옵션 중 하나를 선택하십시오. (Please select one of the below options):

본인은 이 프로그램으로부터 문자로 연락을 받는 데 동의합니다. (I agree to receive

2025년 5월 업데이트

*communication from the program via text message.)*

본인은 이 프로그램으로부터 문자로 연락을 받는 데 동의하지 않습니다. (*I do not agree to receive communication from the program via text message.*)

아래 옵션 중 하나를 선택하십시오. (*Please select one of the below options:*)

본인은 Children 1st 프로그램으로부터 이메일로 연락을 받는 데 동의합니다. (*I agree to receive communication from the program via e-mail.*)

본인은 Children 1st 프로그램으로부터 이메일로 연락을 받는 데 동의하지 않습니다. (*I do not agree to receive communication from the program via e-mail.*)

아래 옵션 중 하나를 선택하십시오. (*Please select one of the below options:*)

본인은 원격 의료 서비스를 받는 데 동의합니다. (*I agree to receive services via telehealth.*)

본인은 원격 의료 서비스를 받는 데 동의하지 않습니다. (*I do not agree to receive services via telehealth.*)

아래에 서명함으로써, 귀하는 위 내용 및 Children 1st 프로그램의 심사 완료에 동의합니다.

<b>아동 이름 (성) Child's Last Name</b>	<b>(이름) Child's First Name</b>	<b>생년월일 (Child's DOB):</b>
<b>부모/보호자 이름 (Parent/Guardian's Printed Name):</b>		
<b>부모/보호자 서명 (Parent/Guardian's Signature):</b>		<b>서명 날짜 (Date signed):</b>
<b>Children 1<sup>st</sup> 프로그램 담당자 서명 (Children 1st Program Representative Signature):</b>		<b>서명 날짜 (Date signed):</b>