

## 지역 사회 기반 단체(CBO)

### 코로나19 포괄 지원 관련 동의서

지역 사회 기반 단체(CBO) 정보		
CBO 명칭:	CBO 직원 이름:	
서비스 정보 요청자		
성명(이름, 중간 이름, 성):	생년월일:	전화번호:
주소:	서비스 요청 일자:	
알려진 코로나19 확진자 정보		
신청자를 코로나19에 노출시킨 것으로 알려진 사람에 대해 가능한 한 많은 정보를 작성해 주십시오.		
성명(이름, 중간 이름, 성):	생년월일:	전화번호:
주소:	거주 카운티:	

서비스 신청자: 본인은 코로나19로 인한 격리, ◯검역 기간 동안 단기 포괄 지원을 받을 수 있도록 위에 열거된 지역 사회 기반 단체(CBO) 및 직원이 본인의 개인 정보를 열람하고 사용하는 데 동의합니다. 본인은 위에 열거된 CBO가 본인의 정보를 이 카운티의 지역 공중 보건부(LPHA)와 공유하는 것에 동의합니다. CBO와 LPHA는 서명된 정보를 보호하고 비공개로 유지해야 합니다.

서명

날짜

For CBO/LPHA administrative use:	
CBO approval:	Date:
LPHA approval:	Date:
CBO denial:	Date:
LPHA denial:	Date:

문서 접근성: 장애인 또는 영어 이외의 언어를 사용하는 개인의 경우, OHA에서 번역문, 큰 활자 또는 점자 등의 대체 형식으로 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 1-971-673-2411, 711 TTY 또는 [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us)를 통해 보건 정보 센터로 문의하십시오.