

개인정보 수집제공 동의서

성 명		생년월일	
주 소			
연락처			

1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 한림대학교춘천성심병원 「The 좋은 나눔 301네트워크 사업」
 ▪ 사업수행 기관 : 한림대학교춘천성심병원

2. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의(필수)

개인정보의 수집 및 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The 좋은 나눔 301네트워크 사업 대상자 선정 및 관리 ▪ The 좋은 나눔 301네트워크 사업의 통계, 연구, 자료집 발간 및 규정개선 ▪ The 좋은 나눔 301네트워크 사업 홍보 ▪ 교육, 치료결과 추후 조사에 필요한 자료 ▪ 사회복지서비스 연계, 시군구청, 행정복지센터, 복지관 등 기관 연계 ▪ 건강보험 가입 여부, 의료보장 종별 확인 등
수집하는 개인정보의 범위 및 항목	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 개인정보 : 기본정보(성명, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 건강보험료 등 지원신청관련 구비서류 상의 개인정보) ▪ 민감정보 : 건강정보(진단명, 상병코드, 진단일자, 진단기관 등), 건강보험료 정보, 환자 및 가구의 소득 및 재산정보, 보장변동정보 (기초생활수급, 차상위장애인, 차상위자활, 한부모가정), 장애인 등록정보(장애보장, 장애등급, 중증장애) ▪ 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호(외국인에 한함), 여권번호(외국인에 한함)
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10년
<p>※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 의료비 지원 대상자 등록신청 및 지원 신청이 불가능할 수 있으며 지원대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.</p>	

※ 본인은 의료사각지대 해소를 통한 건강권 증진사업을 신청한자로, 개인정보보호법 제15조의 1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다.

필수체크	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
-------------	---

※ 본인은 의료사각지대 해소를 통한 건강권 증진사업을 신청한자로, 개인정보보호법 제23조의 1 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

필수체크	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
-------------	---

※ 본인은 의료사각지대 해소를 통한 건강권 증진사업을 신청한자로, 개인정보보호법 제24조의 1 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보를 제공할 것을 동의합니다.

필수체크	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
-------------	---

