

SSA-827 작성 지침

본 한국어 지침은 영문으로 된 양식 제 SSA-827호에 대한 작성 요령을 제공합니다. 귀하의 장애자 신청(DISABILITY CLAIM)이 처리 완료되기 위해서는 귀하께서 반드시 영문 양식 제 SSA-827호에 서명 및 날짜를 기입하시고 해당 지역 사회 보장 사무소에 제출하셔야 합니다.

기록 공개 당사자

귀하의 성과 이름, 사회 보장 번호 및 생년월일을 제공하십시오.

사회보장국(SSA)의 정보 공개 권한 승인서

**** 아래 서명하기 전에, 2 페이지 분량의 본 양식을 빠짐없이 읽어보시기 바랍니다 ****

본인은 본인의 자유 의사에 따라 다음과 같이 정보의 공개를 승인하며 요청합니다 (서면, 구두, 및 전자 문서 교환 포함):

공개 정보 본인의 모든 의료 기록, 교육 기록, 기타 본인의 업무 수행 능력과 관련된 정보. 이는 다음과 같은 정보의 공개에 대한 구체적 승인이 포함됩니다:

- 다음 및 기타 장애로 인한 본인의 치료, 병원 입원, 및 외래 진료에 관한 모든 기록 및 기타 정보:
 - 심리적, 정신 의학적 또는 기타 정신적 장애 (45 CFR 164.501에 정의된 "심리 치료 기록(psychotherapy notes)" 제외)
 - 약물 남용, 알코올 중독, 또는 기타 물질 남용
 - 겸상 적혈구 빈혈증
 - 전염성 또는 비전염성 질병의 존재를 나타낼 수 있는 기록; 및 HIV/AIDS의 검사 또는 기록
 - 유전자 관련 장애 (유전자 검사 결과 첨부)
- 본인의 장애가 일상적인 생활과 활동 능력에 어떤 영향을 주며, 업무 능력에 어떤 영향을 주는지에 대한 정보
- 특수 교육 프로그램, 3년 주기 평가, 심리 및 언어 평가, 및 본인의 직능을 평가하는데 도움이 될 만한 기타 여느 기록과; 교사의 관찰 및 평가 기록을 포함하는 교육 기관 시험 및 평가 결과 등본
- 과거 기록은 물론, 본 승인서에 서명한 날짜로부터 12개월 이내에 생성된 정보

정보 출처

- 모든 의료 관련 정보원 (병원, 클리닉, 실험실, 의사, 등.) 정신 건강, 교정, 중독 치료 및 VA 건강 관리 시설 포함
- 모든 교육 관련 정보원 (학교, 선생님, 기록 관리인, 카운슬러, 등.)
- 사회 복지사/ 재활 카운슬러
- SSA 이 지정하는 상담 심사관(Consulting examiners)
- 고용주, 보험 회사, 근로자 보상 프로그램
- 본인의 상태를 알고 있는 기타 다른 사람들 (가족, 이웃, 친구, 공무원)

정보 공개 처

사회보장국 및 본인의 장애인 신청을 처리하도록 권한이 위임된 국가 기관 (보통 "장애자 판정 사무국(disability determination services)"라고 칭함)을 비롯하여, 계약서 등본 사무국(contract copy services), 및 신청을 처리하는 동안 상담하게 될 의사나 기타 전문가. [또한, 국제적인 적용을 위하여, 미 국무성 외무부(the U.S. Department of State Foreign Service Post)에도 공개].

목적

본인의 장애인 혜택 자격 여부에 대한 결정을 비롯하여 단독으로는 SSA가 정의한 장애의 기준에 부합하지 않는 장애들의 복합적 효과에 대하여 고찰하고; 그런 장애인 혜택을 잘 유지해낼 수 있는지 여부를 결정하기 위함.

당국에서 장애인 혜택에 대한 귀하의 유지 능력 여부만을 결정짓길 원한다면, 영문 양식 제 SSA-827호의 왼쪽 박스에 X 표시로 체크하십시오 (해당되는 경우에만 체크하십시오).

유효 기간 본 승인서는 서명한 날짜(본인 서명 아래에 기입)로부터 12개월 동안 유효합니다.

- 본인은 상기 기술된 정보의 공개를 위하여 본 양식의 사본(전자 문서 복사 포함)을 사용할 수 있는 권한을 부여합니다.
- 본인은 본 정보가 어떤 경우에는 제3자에게 재 공개될 수도 있다는 것을 충분히 이해하고 있습니다(세부 내용은 2페이지 참조).
- 본인은 본 정보 공개 승인을 취소시키기 위해 언제든지 SSA 및 정보 출처들에게 서면으로 취소 통보를 할 수 있다(세부 내용은 2페이지 참조).
- 본인이 요청할 경우, SSA는 본인에게 본 양식의 사본을 제공해야 하며; 본인은 정보 출처에게 공개될 자료에 대한 본인의 조사나 복사를 허용하도록 요청할 수 있습니다.
- 본인은 2 페이지로 되어있는 본 양식을 모두 읽었으며, 상기 열거된 정보 출처로부터 제공되는 상기 정보의 공개를 승인합니다.

***** 파란색 또는 검정색 잉크만을 사용하여 서명하십시오.**

<p>공개 권한을 부여하는 사람</p> <p>SSA에게 정보를 공개할 수 있도록 권한을 부여하는 사람은 본 승인서에 반드시 서명 하고 날짜를 기입한 뒤, 자신의 주소, 우편번호 및 전화번호를 지역 번호와 함께 적어야 합니다.</p>	<p>공개 대상자가 직접 서명하지 않는 경우, 서명하는 권한에 대한 근거를 명시하십시오. 서명하는 사람이 미성년자의 부모, 후견인, 또는 개인적 대리인(설명)인지를 알 수 있도록 영문 양식 제 SSA-827호 상의 해당 박스를 체크하십시오. 주 법률에 따라 두 개의 서명이 요구되는 경우, 영문 양식 제 SSA-827호의 제시되는 빈 공간에 서명하십시오.</p>
--	--

증인: 영문 양식 제 SSA-827호의 이 항목에서는, 양식에 서명하는 사람을 잘 아는 지인 한 명이 증인의 자격으로 서명해야 하며, 자신의 전화번호 또는 주소를 적어야 합니다. 두 명의 증인이 필요한 경우를 위해, 두 번째 증인이 서명할 공간이 있습니다.

본 정보 공개에 관한 일반 및 특별 권한 부여 제도는 P.L. 104-191 ("HIPAA"); 45 CFR parts 160 및 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR part 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g ("FERPA"); 34 CFR parts 99 및 300; 그리고 주법(State law) 상의 의료, 교육, 및 기타 정보의 공개에 관한 규정을 따르고자 마련되었습니다

**양식 제 SSA-827호에 대한 설명,
“사회보장국(SSA)에 부여된 정보 공개 권한 승인서”**

당국은 귀하의 청구를 처리하고, 귀하의 장애 혜택 유지 능력 여부를 결정하는데 필요한 정보를 얻기 위해, 귀하의 서면 승인이 필요합니다. 법률과 법규의 따라, 개인 정보를 보유하는 정보 출처도 당국에 개인정보를 공개하기 전에 정보 공개를 허가하는 서명된 승인서를 소지해야 합니다. 법률은 또한, 특정한 병에 관한 정보와 교육 기록에 관련된 정보를 유출하는데 있어서는 특별한 승인을 요구하고 있습니다.

귀하는 양식 제 SSA-827호에 서명함으로써 승인서를 제공해 줄 수 있습니다. 연방법은, 귀하가 가능한 모든 출처로부터 얻을 수 있는 귀하의 모든 정보를 공개해도 된다는 당국의 단일 승인서에 서명할 경우, 귀하의 정보를 보유한 정보 출처가 귀하의 승인을 따로 받지 않고도 귀하의 정보를 유출할 수 있도록 허용합니다. 당국이 귀하의 승인서를 복사하여 각 정보 출처에 제공하는 것으로 대신합니다. 해당 단체 (즉, 귀하에 관한 의료 정보 출처)는 치료, 급부금 지급, 등록, 또는 귀하가 본 승인서에 서명하는 것의 여부에 관한 혜택의 수혜 적격성을 조정할 수 없습니다. 반면, 몇몇 주와 어떤 개별 정보 출처들은 귀하가 개인 정보 유출에 대한 권한을 부여하는 정보 출처의 이름을 특별히 따로 지정한 승인서를 요구하기도 합니다. 그런 경우, 당국은 일단 귀하께 각 정보 출처를 위한 단일 승인서에 서명할 것을 요청한 뒤, 다른 승인서에 귀하의 서명이 또 필요하면, 귀하께 다시 연락을 취할 것입니다.

정보 출처가 귀하의 승인서에 의지하여 이미 공개해버린 정보를 제외하고, 귀하는 언제든지 정보 공개 승인을 취소할 권리를 가집니다. 취소를 원하시면, 취소에 대한 서면 진술을 아무 사회보장 사무소에 보내십시오. 그리고 나서, 그 사본을 귀하가 정보 공개를 더 이상 원치 않는 모든 정보 출처에도 직접 보내십시오; SSA는 당국이 귀하가 당국에 말한 적 없는 정보 출처를 파악했는지 여부를 귀하께 알려줄 수 있습니다. SSA는 귀하의 장애인 신청을 경정 짓기 위하여 승인 취소 전에 공개된 정보를 이용할 수 있습니다.

대통령령(Executive Order) 13166 (2000년 8월 11일) 및 장애인 교육법(Individuals with Disabilities Education Act)에 따라, 영어가 서투른 사람들에게 그들의 모국어 또는 선호하는 의사 전달 방식으로 서비스를 제공하는 것은 SSA의 방침입니다. SSA는 양식 제 SSA-827호에 담긴 모든 내용이 귀하의 모국어 또는 선호하는 언어로 귀하에게 올바르게 제공될 수 있도록 하기 위해 모든 정당한 노력을 다합니다.

사생활 보호법(PRIVACY ACT)에 의해 요구되는 주의 사항을 포함하는 중요 정보

SSA가 수집하는 모든 개인 정보는 1974년의 사생활 보호법(Privacy Act)에 의해 보호됩니다. 일단 개인 의료 정보가 SSA에 노출되고 나면, 45 CFR part 164(건강 보험 양도와 책임에 관한 법안 (HIPAA)로부터 권한이 이양된) 의 건강 정보 비밀 규정에 의해서는 더 이상 보호 받지 못합니다. SSA는 미 국립 문서 보관소(National Archives and Records Administration)와 연계하여 운영하고 있는 엄격한 기록 보유 스케줄에 따라 개인 정보를 보유하고 있습니다. 기록의 유효한 생애 주기가 끝나면, 36 CFR Part 1228에 명시되어 있는 사생활 보호 규정에 따라 기록은 폐기됩니다.

SSA는 사회보장 기본법(Social Security Act)의 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1) 및 1631 (e)(1)(A) 항에 의해, 양식 제 SSA-827호를 통해 귀하의 정보를 수집할 수 있는 권한을 부여 받았습니다.당국은 이 양식을 통해 입수된 정보를 사용하여 장애자 혜택에 대한 귀하의 수혜 적격성 또는 적격성 유지 여부 및 받은 혜택을 관리하는 능력 유무를 결정합니다. 이로서, 귀하의 장애인 신청을 처리하는 국가 기관 및 SSA 내의 자격 관리 담당자들에게 귀하의 정보가 공개되고 검토됩니다. 어떤 경우, 귀하의 정보는 귀하의 재심사 요청을 처리하는 SSA 담당자, 또는 숙임수 사기에 의한 진술 및 행정소송, 민사 및 형사 소송에서 말한 진술의 진위 여부를 조사하는 조사관에 의해 검토될 수도 있습니다.

본 양식에 서명하는 것은 귀하의 자유의지에 따라야 합니다. 그러나, 서명하지 않거나, 당국이 필요한 정보를 입수하기 전에 승인을 취소하는 것은 귀하의 장애인 신청에 관한 정확한 결정 또는 시기 적절한 결정을 방해하고, 장애인 혜택의 거부 또는 자격 상실 등의 결과를 낳을 수도 있습니다. 비록 이 양식을 통해서 당국이 얻는 정보가 상기 언급된 본래의 목적 외에는 거의 사용되지 않지만, 사생활 보호법 및 사회보장 기본법과 같은 연방법에 의해 권한을 부여 받은 경우라면, 귀하의 동의 없이도 귀하의 정보는 SSA에 의하여 공개될 수 있습니다. 예를 들면, SSA는 다음과 같이 정보를 공개할 수 있습니다:

1. 제3자(예컨대, 상담 의사) 또는 SSA 을 돕는 기타 정부 기관이 사회보장 혜택 및/또는 보장 범위에 대한 자격을 결정할 수 있게 하기 위해서;
2. 사회보장 기록에서 얻은 정보를 (예컨대, 감찰감, 연방 또는 주 장애 급여 사무소나 감사, 또는 재향군인 관리국 (VA)등에) 공개하도록 승인하는 법률에 따라;
3. 사회 보장 프로그램의 본래의 의의를 회복하고 또 향상시키는데 필요한 통계적 연구 및 회계감사 활동을 위해 (예컨대, SSA 와 계약 관계에 있는 인구 실태 조사 사무소 등에)

SSA는 적절한 사정 서면 동의 없이는 다음의 정보를 재 공개하지 않을 것입니다: (1) 42 CFR part 2에 해당하는 것으로서 알코올 및/또는 약물 남용 관련된 정보, 또는 (2) 34 CFR part 99 (가족의 교육 받을 권리 및 사생활 보호법: FERPA)하에 받은 미성년자를 위한 교육 관련 기록, 또는 (3) 정신 건강, 발달 장애, AIDS 또는 HIV에 관련된 정보.

당국은 컴퓨터를 이용한 기록 대조 작업을 할 때에도 귀하가 당국에 제출한 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다. 기록 매칭 프로그램을 통하여 당국의 기록과 다른 연방, 주, 또는 지역 정부 기관의 기록들을 대조시켜 비교할 수 있습니다. 많은 기관들이 연방 정부로부터 지불되는 보조금에 대한 수혜 자격 여부를 알아내거나 입증하기 위하여 이 매칭 프로그램을 사용합니다. 설령 귀하가 반대할 지라도, 기록 대조 작업은 법률에 의해 허용되고 있습니다.

귀하가 당국에 제공한 귀하의 정보가 왜 사용되거나 공개되어야 하는지 그 이유에 대한 설명서가 필요하신 분은 사회보장 사무국에서 요청하면 이용할 수 있습니다.

문서 업무 축소 법(PAPERWORK REDUCTION ACT)

본 정보 수집은 1995년의 문서 업무 축소 법의 제2섹션에 의해 수정된 44 U.S.C. § 3507의 요구 사항을 충족시킵니다. 당국이 확실한 관리 예산 국(OMB) 제어 번호를 보여주지 않으면, 귀하는 질문에 대답할 필요 없습니다. 당국은 귀하가 본 지침서를 읽고, 관련 사실 정보를 읽고, 질문에 대답하는데 10분 정도 소요될 것으로 추정합니다. 본 양식을 작성 완료하였으면, 우편으로 보내거나 지참하여 귀하의 해당 지역 사회보장 사무소에 제출하여주십시오. 해당 지역 사무소는 **전화 번호부 디렉터리의 미국 정부 기관 편에서 찾아 보실 수 있습니다. 아니면 1-800-772-1213 (사회보장 대표 전화)로 전화 주십시오. 위에서 언급한 추정 시간에 대해 이견이 있으신 분은 SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401로 의견을 적어 보내주십시오. 이 주소로 추정 시간 관련 의견만 보내셔야 합니다. 작성 완료한 양식은 보내지 마세요. 안받습니다.**