

뉴욕주 아동 가족 복지국
(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

부모 역할을 수행할 대리인의 지정

뉴욕주 일반 채권법(New York State General Obligations Law) 5-1551조를 근거로 함.

- 1. 본인, _____ 은(는) 본인이 아래의 자녀/자녀들/무능력자(들)의 부모이며, 어떠한 관할권 내에서도 현재 본인의 권한 행사를 금지하는 법원 명령이 없다는 사실을 진술합니다.
- 2. 본 지정이 유효한 동안, 본인에게 연락할 수 있는 주소 및 전화번호는 다음과 같습니다.

주소: _____

전화: 주택 () 직장 ()
 기타 () _____

- 3. 본인은 한시적으로 _____ 에게 권한을 위임하며, 해당 대리인은 만 18세 이상으로 다음 주소에 거주하고 있습니다:

_____ 뉴욕, _____ 전화번호 () _____ 이때의 권한은 자녀/자녀들/무능력자(들)을 보호할 수 있는 권한을 의미합니다.

성명:	생년월일:
성명:	생년월일:
성명:	생년월일:
성명:	생년월일:

4. 본 서류에 따라 부모 역할을 수행할 대리인에게 위임된 권한은 다음의 기간 동안 효력을 발휘합니다(알맞은 상자에 체크 표시하고 이니셜을 기입해주시요).

- ____ a. 지정 서명일로부터 12개월 또는 취소일까지 중 더 빠른 시점까지(당사자 모두가 주소와 전화번호를 기재해야 하며, 공증인의 입회하에 서명을 해야 합니다)
- ____ b. 지정 서명일로부터 30일 또는 취소일까지 중 더 빠른 시점까지
- ____ c. ____ / ____ / ____ (날짜)부터 ____ / ____ / ____ (날짜)까지, 또는 취소일까지 중 더 빠른 시점까지
- ____ d. _____ (사건을 기재)부터 _____ 까지 또는 취소일까지 중 더 빠른 시점까지

5. 상기의 자녀/자녀들/무능력자(들)에 대해서, 부모 역할을 수행할 상기의 대리인은 다음과 같은 권한을 위임받게 됩니다.
(해당 사항에 모두 표시)

- 학교 기록 검토
- 학교 등록
- 병결 신청
- 학교 프로그램 및/또는 학교가 후원하는 활동에 대한 참여 동의
- 학교 관련 의료 행위 동의*
- 건강 보험 가입
- 예방 접종 동의*
- 일반 의료 행위 동의*
- 의료 수술 동의*
- 치과 진료 동의
- 발달 검사 동의
- 정신 건강 검사 및/또는 치료에 대한 동의

* 공중보건법 2504조에 의해 금지된 경우는 제외

위의 허가 내용은 부모가 규정한 조건에 의해 추가적인 제한을 받을 수 있으며, 제한이 있는 경우, 그러한 제한의 내용이 아래에 기입될 수 있습니다(예: 부모는 대리인이 전화나 다른 전자적 수단으로 본인에게 사전 연락하는 것이 불가능한 경우에만, 대리인의 재량으로 정신 건강 검사에 동의할 수 있도록 하는 권한을 부여할 수 있습니다).

6. 또한 본인은 부모 역할을 수행하는 대리인이 상기 3항에 기재된 자녀/무능력자에 관한 건강, 의료, 금융 정보 및/또는 기타 모든 정보 및/또는 기록의 완전하고 수정을 거치지 않은 사본을 요청, 수신 및 검토하고 이에 완전하고 무제한적으로 접근할 수 있도록 허가합니다. 기타 모든 정보 및/또는 기록으로는 45 CFR 164.501과 65 연방 규정 82462의 식별 가능한 건강 정보의 개인 정보 보호 기준(Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information)에 의거 개인 기록으로 보호되고 있는 정보와, 1996 건강보험이동성과 결과보고책무활동(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 공법 104-191에 의거한 정보를 의미합니다. 본인은 성병, 후천성 면역결핍증후군(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS), AIDS 관련 합병증(AIDS-related complex, ARC), 인간 면역결핍 바이러스(human immunodeficiency virus, HIV), 행동 또는 정신 건강 서비스, 알코올 및/또는 약물의 남용 및/또는 중독에 대한 치료 등이 이러한 건강 및 의료 기록 정보에 포함될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 또한 본인은 45 CFR 164.524 이하의 규정에 따라 사용되거나 공개될 수 있는 정보에 대한 설명에 접근할 수 있고/있거나 이를 통지받을 수 있다는 사실을 이해합니다. 또한 본인은 이러한 건강 정보의 공개를 허가하는 것이 자발적 의지에서 비롯된 것이며, 허가 서명을 거부할 수 있음을 인정합니다. 또한 본인은 정보 공개의 결과, 제3자가 이러한 정보를 무단으로 공개할 가능성을 배제할 수 없으며, HIPAA가 그러한 추가 공개를 막지 못할 수도 있다는 것을 이해합니다. 공개 당사자가 앞서 언급한 개인 및/또는 비밀 정보를 공개하는 데 어려움이 없도록 하기 위해, 본인은 본 문서에 언급된 이러한 공개 당사자가 HIPAA의 비밀 유지 규정 책임으로부터 영원히 면제된다는 사실을 약속합니다.

7. 부모 및 부모 대리인을 대상으로 한 통지: 본 양식에 근거한 허가는 부모가 허가를 취소하는 날짜 또는 위 4항에 명시된 날짜 중 더 빠른 날짜까지 효력을 발휘합니다. 본 지정에 서명한 부모는 임의로 허가를 취소할 수 있으며, 관련 학교 및 의료 서비스 제공자에게 그러한 취소를 통지할 수 있습니다. 부모로부터 취소 통지를 받은 대리인은 본 절에 따라 학교, 의료 제공자 또는 건강 보험에 즉시 이 사실을 통지하여야 합니다. 부모 관계에 있는 자가 허가나 취소를 통지 받았다는 사실을 통보하지 않았다고 해서, 이것이 부모의 취소 통보를 무효로 만드는 것은 아닙니다.

본 허가는 일시적인 허가이며, 부모(들)이 이를 갱신할 수 있습니다. 그러나, 장기적인 간병 합의를 한 부모와 부모 대리인은 법적 후견인 임명이나 양육권 결정을 위한 사법 절차를 시작함으로써 보다 영구적인 법적 합의를 할 수 있습니다.

참고: 30일을 초과하는 기간 동안 허가가 이루어질 경우, 아래의 모든 서명은 공증을 받아야 합니다.

일자: ____ / ____ / ____ (부모 서명) _____

본인의 입회하에 이와 같이 선서함

_____ 일 _____ 20 _____

공증인 _____

8. 본인, _____ 또한 본 문서에 기재된 자녀/자녀들/무능력자(들)의 부모입니다. 자녀/자녀들/무능력자(들)에 관한 교육 및/또는 건강 결정에 양측 부모가 동의해야 한다는 법원 명령이 내려졌으며, 본인은 이에 따라 아래에 서명하여 본 지정에 동의하는 바입니다.

본 지정이 유효한 동안, 본인에게 연락할 수 있는 주소 및 전화번호는 다음과 같습니다.

주소: _____

전화: 자택 () - _____ 직장: () - _____

기타: () - _____

일자: ____ / ____ / ____ (부모 서명) _____

본인의 입회하에 이와 같이 선서함

_____ 일 _____ 20 _____

공증인 _____

9. 본인, _____ 은(는) 본 문서에 기재된 자녀/자녀들/
무능력자(들)의 부모 대리인이며, 이에 아래에 서명하여 본 지정에 동의하는 바입니다

일자: ____ / ____ / ____ 서명 _____

본인의 입회하에 이와 같이 선서함

_____ 일 _____ 20 _____

공증인 _____

부모 대리인 지정에 관한 지침, 뉴욕주 일반 채권법(New York State General Obligations Law) 5-1551조를 근거로 함.

본 서류의 목적:

특정 기간 동안 귀하가 귀하의 자녀(들)이나 귀하의 보호 하에 있는 무능력자를 위해 의료 및 교육에 관한 결정을 내리지 못하게 될 경우를 대비하여, 귀하는 본 서류 작성을 통해 다른 사람을 지정하여 그러한 역할을 대리할 수 있도록 허가할 수 있습니다. 허가는 최대 12개월 동안 효력을 발휘할 수 있습니다. 12개월을 초과하는 기간 동안 귀하의 자녀(들)/무능력자(들)을 다른 사람의 보호 하에 있도록 하고 싶다면, 다른 옵션을 선택하셔야 합니다.

자녀(들)에 대한 교육 및/또는 건강 결정에 양측 부모 모두가 동의할 것을 요구하는 법원 명령이 있는 경우, 양측 부모 모두 본 서류에 서명해야 합니다. 그렇지 않은 경우, 한쪽 부모의 서명만 있으면 됩니다.

허가를 한 이후에도 귀하는 부모로서의 모든 권리를 유지할 수 있으며, 언제든지 허가를 취소(철회)할 수 있습니다. 귀하가 지정한 사람은 자녀(들)의 학교, 교사, 의료 서비스 제공자와 관련된 문제를 논의하게 되며, 일상적인 결정을 내릴 수 있게 됩니다. 귀하가 지정한 사람은 수술이나 기타 중대한 의료 절차에는 동의할 수 없지만, 일상적인 의료 문제에 대해서는 동의를 할 수 있게 됩니다. 귀하가 지정한 사람이 예방 접종 결정 등 특정한 결정을 내리는 것을 원하지 않을 경우, 귀하는 본 서류를 통해 그러한 의사를 명기할 수 있습니다. 귀하가 지정한 사람이 자녀(들)/무능력자(들)과 관련하여 귀하가 동의하지 않는 결정을 내리는 경우, 귀하는 그 결정을 무효화할 수 있습니다.

지정 대리인은 "부모로서의 권한을 가진 자"가 되는 것에 동의해야 하며, 반드시 자녀(들)/무능력자(들)에 대한 금전적 지원 책임을 떠맡을 필요는 없습니다. 지정 대리인이 귀하의 자녀(들)과 다른 학군에 거주하는 경우에도, 귀하의 자녀(들)이 학군을 변경할 필요는 없습니다. 귀하가 사망하거나 무능력자가 될 경우, 본 지정은 자동으로 종료됩니다.

본 서류의 이용에 관한 지침

1절: 아래의 공란에 귀하의 법적 성명 전체를 기재해주시시오. 양측 부모 모두의 서명을 요하는 법원 명령이 발효되어 있는 경우, 타방 부모는 7절에다 본인의 성명을 기재하게 됩니다.

2절: 귀하의 주소와 전화번호를 기재해주시시오. 본 정보를 제공하지 않은 경우, 귀하의 허가는 30일 미만 동안만 효력을 발휘하게 됩니다. 허가가 효력을 발휘하는 기간 동안 귀하가 거주하게 될 주소를 기재해야 합니다. 그 주소가 귀하의 법적 거주지와 일치할 필요는 없습니다. 예를 들어, 허가 기간 중 귀하가 입원을 하게 된다면 체류하는 병원의 주소를 기재해야 합니다.

3절: 자녀(들)/무능력자(들)을 위해 교육 및/또는 건강 결정을 할 수 있는 대리인으로 지정하고자 하는 사람의 이름, 주소 및 전화번호를 기입해주시시오. 귀하의 자녀/무능력자의 성명(들) 및 출생일자(들)을 기재해주시시오.

4절: 허가가 유효하기를 원하는 기간을 지정해주시시오. 해당 상자에 표시하고 그 옆에 이니셜을 기입하시면 됩니다. 귀하가 원하는 경우, 유효 기간 만료 이전에도 지정을 취소(철회)할 수 있다는 것을 기억해주시시오. 지정 취소 방법은 본 지침의 말미에 기재되어 있습니다.

- **옵션 (a):** 본 지정이 12개월 동안 유효하기를 원하는 경우. 이 옵션을 선택하는 경우 부모와 상대방의 전화번호 정보를 제공해야 하며, 모든 서명은 공증되어야 합니다.

- **옵션 (b):** 본 지정이 30일 동안 유효하기를 원하는 경우. 주소와 전화번호를 반드시 기재해야 할 필요는 없습니다. 그러나, 의료 또는 교육 제공업체가 귀하에게 연락해야 할 경우가 있기에, 주소와 전화번호를 기재하는 것을 권장합니다.

- **옵션 (c):** 30일 미만의, 또는 30일을 초과하는 특정 기간 동안 유효하기를 원하는 경우. 12개월을 초과하여 효력을 발휘할 수는 없습니다. 30일을 초과하는 기간 동안 유효하기를 원하는 경우 주소, 전화번호, 공증 서명을 기재해야 합니다.

- **옵션 (d):** 입원과 같은 특정한 사건이 발생할 때 지정 효력이 시작되기를 원하는 경우. 첫 번째 공란에 그 특정한 사건을 기재해야 합니다(예: "병원에 입원할 때"). 그리고 지정 효력이 만료되기를 원하는 날짜 또는 만료시킬 사건을 두 번째 공란에 기재해야 합니다(예: "30일 후" 또는 "병원에서 퇴원할 때"). 다시 한번 말씀드리지만, 30일을 초과하는 기간 동안 유효하기를 원하는 경우, 주소, 전화번호, 공증 서명을 기재해야 합니다.

5절: 귀하의 지정 대리인이 수행할 수 있기를 원하는 행위들에 표시해주십시오. 지정 대리인이 수행하기를 원하지 않는 행위에 각각 취소선을 긋고 그 옆에 이니셜을 기재해주십시오. 지정 대리인이 수행하지 못하도록 막고 싶은 행위가 있다면, 목록 아래의 빈칸에 그러한 행위를 기재해주십시오. 예를 들어, 정신 건강 검사를 수행하기 이전에 지정 대리인으로부터 연락을 받기를 원하는 경우, 해당 공란에다 그 내용을 기재하시면 됩니다.

6절: 본 절을 통해 귀하는 귀하의 지정 대리인이 귀하의 자녀(들)/무능력자(들)의 의료 기록과 의료 정보에 접근하는 것을 허용할 수 있습니다.

7절: 본 서류에 대한 정보를 기재한 절입니다. 1절에 언급된 부모는 본 서류에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 본 허가가 30일을 초과하여 효력을 발휘하려면, 서명을 공증받아야 합니다. 이 경우, 귀하는 서명 전 공증인에게 본 서류를 가져가 해당 공증인 앞에서 본 서류에 서명해야 합니다. 공증인 또한 본 서류에 서명하여 본인이 귀하의 서명을 연서했음을 표시해야 합니다. 이러한 절차를 밟지 않는 경우, 30일 후에 자동으로 허가가 만료됩니다.

8절: 자녀(들)에 대한 교육 및/또는 건강 결정에 양측 부모 모두가 동의할 것을 요구하는 법원 명령이 있는 경우, 타방 부모는 해당 공란에다 본인의 법적 이름, 주소 및 전화번호를 모두 작성해야 합니다. 일방 부모와 마찬가지로, 허가가 30일 미만의 효력을 지닌 경우 타방 부모는 주소와 전화번호 정보를 제공할 필요가 없습니다. 그러나, 원하는 경우 그렇게 해도 됩니다. 허가의 효력이 30일을 초과하여 유지되기를 원하는 경우, 타방 부모는 이러한 정보를 제공하고 공증인 앞에서 본 서류에 서명해야 합니다. 양측 부모 모두가 동의할 것을 요구하는 법원 명령이 없는 경우, 본 절의 공란을 그대로 비워두시면 됩니다.

9절: 자녀(들)/무능력자(들)을 대상으로 "부모 역할을 수행할 대리인"으로 지정할 사람의 법적 이름을 기재해주십시오. 이후 대리인은 본 서류에 서명하고 서명 날짜를 기재함으로써, 본인이 부모 역할을 수행할 대리인이 되기를 동의하게 됩니다. 허가의 효력이 30일 넘게 유지되기를 원하는 경우, 대리인은 공증인 앞에서 본 서류에 서명해야 합니다.

기타 정보

- 중대한 의료 행위: 지정 대리인은 전신 마취법이 사용되거나, 상당한 위험성을 수반하거나, 절개를 요하거나 상당한 고통, 불편함, 허약화를 초래하거나 상당한 회복 기간이 필요한 중대한 신체적 침습 행위가 있는 의료적, 치과적, 수술적 또는 진단적 중재 또는 시술 등의 “중대한 의료 행위”에는 동의를 할 수 **없습니다**. 여기에는 비정신적 증상이나 영양학적 화학요법을 제외한 약물의 투여, 또는 분석 목적의 채액 추출 등의 일상적 진단이나 치료, 전기경련요법, 국소마취로 수행된 치과 진료, 공중보건법 2504에 의거 긴급 상황에서의 수술, 생명 기능을 유지하는 의료 행위의 철회 또는 중단, 불임화 또는 임신 중절 수술이 포함되지 않습니다.

예를 들어, 지정 대리인은 자녀/무능력자가 필링 시술 등 표준 치과 시술을 받는 것에 동의할 수는 있지만, 사랑니 제거 등 시술 중 의식이 없을 수 있는 성격의 치과 시술에는 동의할 수 없습니다. 중대한 의료 행위에 대해서는 부모의 동의가 여전히 필요할 것입니다.

- 지정 취소: 허가를 취소(철회)하려면, 귀하의 취소 의사를 지정 대리인에게 통지하기만 하면 됩니다. 이후 지정 대리인은 관련 교육 및 의료 제공자에게 허가가 종료되었음을 통보해야 합니다. 부모가 지정 대리인에게 서면으로 취소 의사를 통지하거나, 자녀(들)/무능력자(들)을 담당하는 교육 및 의료 서비스 제공자에게 허가를 취소했다고 통보할 필요는 없습니다. 그러나, 혼란을 막기 위해 정확한 통보를 하기를 원하는 경우, 그렇게 해도 됩니다. 양측 부모가 본 서류에 서명한 경우, 이 중 어느 부모라도 단독으로 지정을 취소할 수 있으며, 양측 부모 모두가 지정을 취소해야 하는 것은 아닙니다.