

개인정보 수집 안내 및 이용 · 제공에 대한 동의서

<개인정보 수집 안내 및 이용·제공에 대한 동의서>

본 조사는 청소년복지 지원법 제9조(지역사회 청소년통합지원체계의 구축·운영)에 의거 지자체 노원청소년성상담센터를 통한 청소년 복지지원사업의 원활한 정책 추진을 위해 아래와 같은 청소년 및 가족의 개인정보를 수집하게 됩니다.

개인정보 수집 · 이용 및 제공 항목	수집 및 이용 목적	보유 기간
성명, 성별, 생년월일, 본인 연락처, 보호자 연락처, 주소, 소속, 개인 이력, 대상자의 욕구 및 문제 상황 내용, 가족 구성원과의 관계 등	통합 사례관리 대상자 선정 및 맞춤형 청소년통합 사례관리를 위한 서비스 제공	지자체 노원청소년성상담센터 사례관리 대상자로 선정된 시점부터~개별상담이 종결된 시점 후 5년까지

지자체 노원청소년성상담센터를 통해 수집된 정보는 「개인정보보호법」에 명기된 관련 개인정보보호규정에 의하여 통합 사례관리 대상자 선정 및 맞춤형 청소년통합 사례관리를 위한 서비스 제공의 목적 등으로 이용 및 제3자에게 제공되며, 수집한 개인정보는 법에 의거한 목적 외의 다른 용도로 사용되지 않습니다.

본 조사 내용은 서비스 제공 시 대상자 선별 과정 및 통합서비스 관리를 위해 활용·보관되며, 사례관리가 종결된 시점으로부터 5년간 보유하고, 그 기간이 경과되면 즉시 파기합니다.

상기 내용과 관련, 개인정보 수집·이용 및 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 위 내용을 충분히 숙지하였으며, 개인정보 수집·이용 및 제공에 동의합니다.

개인정보 수집·이용 동의여부	제 3자 개인정보 제공 동의 여부
<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의

※ 개인정보 수집 대상자가 14세 미만의 아동인 경우, 법정대리인의 서명 필수
(단, 본인확인 절차를 거쳐 정당한 법정대리인지 확인할 것)

20 년 월 일

청소년 본인 : _____ (인) 법적대리인 : _____ (인)
 (연락처 : _____) (연락처 : _____)

노원청소년성상담센터 연계의뢰서

개인상담 집단상담 (해당란에 √ 표시 해주세요)

기본정보(집단상담일 경우, 가족사항란에 참여자 명단 기재)

접수번호		상담의뢰- (* 센터 기재 사항)					
인적 사항	이름		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타		신청일	20 . .
	생년월일		연 락 처	휴대전화		010-	
	나이			집전화			
	현주소			E-mail			
	의뢰 기관명		담당자명/연락처				
가족 사항	성명	관계	연령	직업	동거여부	종교	
상담 내용	<input type="checkbox"/> 성지식 <input type="checkbox"/> 성고민 <input type="checkbox"/> 자위 <input type="checkbox"/> 임신·출산 <input type="checkbox"/> 성정체성 <input type="checkbox"/> 디지털 성 <input type="checkbox"/> 성폭력 피해 <input type="checkbox"/> 성폭력 가해 <input type="checkbox"/> 연애 <input type="checkbox"/> 데이트폭력 <input type="checkbox"/> 기타() *중복체크 가능						
학업 및 직업	재학중		기타				
	아르바이트	<input type="checkbox"/> 하지 않는다 <input type="checkbox"/> 하고 있다()					
의뢰 경로	<input type="checkbox"/> 학교, 교육청 <input type="checkbox"/> 경찰서(경찰청) <input type="checkbox"/> 지인소개(관계:) <input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> 본인 직접 요청 <input type="checkbox"/> 기관(기관명:) <input type="checkbox"/> 기타()						
지원 서비스 이력	기관명	기간	서비스 횟수	서비스 내용(프로그램명)		비고	
희망 하는 서비스	<input type="checkbox"/> 아동·청소년 개별상담 <input type="checkbox"/> 아동·청소년 집단상담 <input type="checkbox"/> 양육자 상담 <input type="checkbox"/> 가족 상담 <input type="checkbox"/> 교사 및 기관담당자 개별상담 <input type="checkbox"/> 교사 및 기관담당자 집단상담 <input type="checkbox"/> 교사 및 기관담당자 성인권교육 <input type="checkbox"/> 학교 및 기관 컨설팅 <input type="checkbox"/> 기타(성교육 및 일상생활 관련 상담)						
대상자 상세 정보	학업성취						
	행 동 적						
	심리정서적						
	사 회 적						
	자원(지지)체계						
	기 타						
상담 의뢰 사유							
