



## 성범죄 증거의 공개 또는 보관에 대한 동의

본인은 사법집행 당국에 제 사건에 대해 알리고 제게서 수집한 정보와 증거를 사법집행 당국에 제공하기로 결정할 수 있습니다. 증거에는 뉴욕주 성범죄 증거 수집 키트 파트 A, 뉴욕주 성범죄 증거 수집 키트 파트 B, 사진 및/또는 시험 중에 수집된 기타 개인 물품이 포함될 수 있습니다. 사법집행 당국은 검사를 위해 법의학 연구소에 본인의 증거를 제공할 것입니다.

그렇지 않을 경우, 본인은 사법집행 당국에 알리지 않아도 되고 수집된 본인의 증거와 정보가 사법집행 당국에 제공되지 않도록 결정할 수 있습니다. 수집된 증거물은 20년 동안 안전하게 보관될 것이라고 들었습니다. 본인의 증거가 20년 보관 기간 동안 사법집행 당국에 제공되는 것을 원치 않으면, 이후에 주법 및 현지법에 따라 폐기됩니다.

본인은 해당 증거가 폐기될 때까지 언제든지 사법집행 당국에 본인의 증거를 공개할 수 있다는 것을 이해하였습니다. 본인 증거를 공개하기 위해 수집한 의료 제공자, 사법집행 당국, 피해자 지원 프로그램 또는 안전한 보관 시설에 연락할 수 있습니다. 본인의 증거가 옮겨져 폐기되기 전에 누군가가 제게 알리기 위해 부지런히 노력할 것입니다.

본인은 내 옷과 증거로 수집된 기타 개인 물품을 요청할 경우 되돌려 받는다는 것을 이해하였습니다.

선택 항목 옆에 본인의 이니셜을 기입하십시오.

사법집행 당국에 증거 공개 예 \_\_\_\_\_ 아니요 \_\_\_\_\_  
("아니요"로 응답한 경우, 증거는 장기 보관소로 발송됩니다)

사법집행 당국에 사진 공개 예 \_\_\_\_\_ 아니요 \_\_\_\_\_

기타 품목 공개(상세 기재) \_\_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 아니요 \_\_\_\_\_

동의 승인자:  환자  환자의 부모  환자의 보호자

기타(상세 기재): \_\_\_\_\_

승인자의 서명 정자체 이름 날짜

의료 제공자 서명 정자체 이름 날짜

통역사 서명(있는 경우) 정자체 이름 날짜

배포: 환자 의료 기록 원본, 사본은 환자에게 전달,  
통지 시 사본은 사법집행 당국에 전달

파트 A 키트 상자에 동의서를 넣지 마십시오

뉴욕 주법에 따라 이 문서의 번역본은 <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>에서 지정된 언어로 제공됩니다