

信息披露同意书

无家可归者管理信息系统

目的

索拉诺县无家可归者管理信息系统 (HMIS) 是一个共享数据库，其中收集了与您相关的信息，用于评估您在住房、医疗、就业和其他服务方面的需求。

HMIS 由 CAP 索拉诺县社区行动合作署联合权力机构 (CAP Solano JPA) 通过 HMIS Lead 代表 Housing First Solano 持续照护 (CoC) 进行管理。来自经授权的非营利性组织和政府机构（合作伙伴机构）的授权用户将有权访问您的信息。新加入 CoC 的机构仅在同意遵守 HMIS 协议中的保密规定及接受有关恰当使用数据库的培训后，方可访问您的信息。未经您同意，不会将通过 HMIS 收集的信息披露给未获得授权的个人或组织，提出合法的信息请求的情况除外。

根据联邦、州及地方法规，我们通过对 HMIS 访问权及信息的可能接收方进行限制，对您的信息予以保护。每个拥有 HMIS 访问权的人士或机构或客户信息的接收方，都必须签署一份协议，以维护客户信息的安全性和保密性。如出现任何违反协议的行为，访问权可能会被终止，且经发现违反协议的人士或机构可能受到进一步处罚。

您有权拒绝与 HMIS 分享您的数据。虽然我们不会因为您拒绝同意参加 HMIS 而拒绝为您提供服务，但是如果缺少您的数据，将您连接到适当的服务可能会更加困难。

客户披露许可

本人授权 HMIS Lead、CoC、合作伙伴机构及其各自的授权代理人和代表收集、使用和共享与本人相关的信息，以便为本人提供住房、医疗和/或就业服务以及将提高本人住房稳定性和经济独立性的任何其他相关服务。本人理解，HMIS 是一个共享数据库，旨在帮助合作伙伴机构更有效地为其客户服务，且本人的信息将与经授权的合作伙伴机构共享。

本人理解，可能会有其他机构加入 HMIS，且因此将有权访问本人的个人信息。只要本人的披露/共享许可保持有效，本人的服务提供机构就必须根据要求为本人提供本人在 HMIS 中的所有信息的副本和/或当前 HMIS 合作伙伴机构清单。

本人承认，HMIS 可能收集的信息包括但不限于：本人的姓名、社会保险号、出生日期、性别、种族和民族、婚姻和家庭状况、家庭关系、电话号码以及地址或其他类似的身份证明信息。

根据《健康保险携带和责任法案》(HIPAA)，所收集的与本人相关的信息可能被视为受保护的个人信息 (PPI) 和受保护的健康信息 (PHI)，包括但不限于：医疗信息、与 HIV/AIDS 相关的信息、心理健康信息、药物滥用治疗信息以及与家庭暴力相关的信息。对于所收集的在 HIPAA 所规定范围内的信息，本人授权由经授权的合作伙伴机构和其他可能加入 HMIS 的机构收集、使用和共享与本人相关的信息。本人明白经授权的人士可能会将此等信息用于医疗或咨询，或用于本人可能指示的其他用途。

本人进一步授权向 HMIS 披露更多信息，以改善服务质量：

- 财务与福利信息，包括：就业状况、收入证明、公共援助金或津贴、食品券分配、医疗保险或其他类似的财务或福利信息

- 住房信息，包括历史和住房相关信息
- 与HMIS合作伙伴机构所提供的服务相关的信息，包括：日期、持续时间、服务类型；及其他类似的服务信息
- 本人的照片或其他类似物品

本人理解，CoC 的授权代理人及代表，包括参与协调入住系统（CES）个案会议的人士及退伍军人协调入住优先名单（BNL）会议的人士，可在日常工作中查阅本人的信息。

我进一步承认，我的信息可能会与加利福尼亚州商业、消费者服务和住房局（BCSH）共享，包括其授权代理，以纳入该州的无家可归者数据集成系统（HDIS）。

本《信息披露同意书》自以下注明日期起生效，且本人可随时撤销本协议。本人的撤销将不适用于已经录入 HMIS 的信息和服务。如本人未撤销本协议，则本人的授权将在以下注明日期起两年结束时自动终止。

客户姓名（请正楷书写）

客户签名

个案经理

机构

日期

本人为以下未成年人的家长/监护人，本次披露还涉及与以下未成年人相关的信息：

_____	_____
_____	_____
_____	_____