

## Consentimiento para la divulgación de información Sistema de información para la gestión de las personas sin hogar

### OBJETIVO

El Sistema de Información de Gestión de las Personas Sin Hogar del Condado de Solano (Homeless Management Information System, HMIS) es una base de datos compartida que recolecta información sobre usted con el objetivo de evaluar sus necesidades de vivienda, medicina, empleo y otros servicios.

HMIS es administrado por CAP Solano JPA a través de un solicitante apto designado por HMIS en nombre de Housing First Solano Continuum of Care (CoC). Los usuarios con licencia de organizaciones autorizadas sin fines de lucro y agencias gubernamentales (agencias asociadas) tendrán acceso a su información. Las nuevas agencias que se unan al CoC tendrán acceso a su información solo después de que acepten las disposiciones de confidencialidad del acuerdo HMIS y reciban capacitación para utilizar adecuadamente la base de datos. La información recopilada a través de HMIS no se divulgará a personas u organizaciones no autorizadas sin su consentimiento, a menos que esté sujeto a una solicitud de información legal.

Su información está protegida al limitar los derechos de acceso a HMIS y al limitar a las partes a quienes se les puede divulgar la información, de conformidad con las reglamentaciones federales, estatales y locales. Cada persona o agencia con derechos de acceso a HMIS, o para quien la información del cliente sea divulgada, debe firmar un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del cliente. Ante cualquier violación del acuerdo, los derechos de acceso pueden ser finalizados y la persona o agencia que viola el acuerdo puede estar sujeta a sanciones adicionales.

Tiene derecho a negarse a compartir su información con HMIS. Si bien no se le pueden negar los servicios sobre la base de una negativa a dar su consentimiento para participar en HMIS, sin su información, puede ser más difícil conectarlo a los servicios adecuados.

### DIVULGACIÓN DEL CLIENTE

Autorizo al solicitante apto designado por HMIS, el CoC, las agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados a recopilar, usar y compartir información sobre mí con el fin de proporcionarme servicios de vivienda, médicos y/o de empleo, y cualquier otro servicio relacionado que aumentará la estabilidad de mi vivienda y mi independencia económica. Entiendo que el HMIS es una base de datos compartida diseñada para ayudar a las agencias asociadas a servir de manera más efectiva a sus clientes, y que mi información se compartirá con las agencias asociadas autorizadas.

Entiendo que agencias adicionales pueden unirse a HMIS y también tendrán acceso a mi información personal. Mientras mi permiso de divulgación/uso compartido siga vigente, mi agencia proveedora debe ponerme a disposición una copia de toda mi información en HMIS y/o una lista de las agencias asociadas actuales de HMIS a solicitud.

Reconozco que la información que se puede recopilar incluye, entre otros: mi nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, género, etnia y raza, estado civil y familiar, relaciones familiares, números de teléfono y dirección u otra información de identificación similar.

Parte de la información recopilada sobre mí puede considerarse Información Personal Protegida (Protected Personal Information, PPI) e información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), que incluye pero no se limita a: información médica, información relacionada con el VIH/SIDA, información sobre salud mental, información sobre

## HOUSING FIRST SOLANO

el tratamiento del abuso de sustancias e información relacionada con la violencia doméstica. En la medida en que la información recopilada esté cubierta por HIPAA, autorizo la recopilación, el uso y el intercambio de información sobre mí a agencias asociadas autorizadas y otras agencias que pueden unirse al HMIS. Entiendo que esta información puede ser utilizada por las partes autorizadas para un tratamiento médico o consulta o para otros fines que yo pueda indicar.

Además autorizo la divulgación de información adicional a HMIS para mejorar la prestación del servicio:

- Información financiera y de beneficios, que incluyen: situación laboral, verificación de ingresos, pagos o asignaciones de asistencia pública, asignaciones de cupones de alimentos, cobertura de atención médica u otra información financiera o de beneficios similares
- Información de vivienda, incluyendo historial y asuntos relacionados con la vivienda
- Información sobre los servicios prestados por las agencias asociadas de HMIS, que incluyen: fecha, duración y tipo de servicio; y otra información de servicio similar
- Mi fotografía u otra imagen

Entiendo que los agentes autorizados y los representantes de CoC, incluidos los participantes de las conferencias de casos del Sistema de Entrada Coordinada (Coordinated Entry System, CES) y las reuniones de Veteranos Por Lista de Nombre (By Name List, BNL), pueden ver mi información en el curso normal de su trabajo.

Reconozco que mi información puede ser compartida con el Estado de Negocios de California, Servicios de Consumidores y Agencia de Hogares (BCSH por sus siglas en Inglés), incluyendo sus agentes autorizados, para inclusión en el Sistema de Integración de Datos de Personas sin Hogares por parte del Estado (HDIS por sus siglas en Inglés).

Este Consentimiento para la divulgación de información entrará en vigencia en la fecha indicada a continuación y puedo revocar el acuerdo en cualquier momento. Mi revocación no se aplicará a la información y servicios ya ingresados en HMIS. Si no se revoca, mi autorización finalizará automáticamente al cabo de dos años.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Gerente de Caso

\_\_\_\_\_  
Agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

Soy el padre/tutor de los siguientes niños menores; Esta versión también se refiere a la información sobre ellos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_