

## نظام معلومات إدارة المشردين (HMIS) في King County موافقة العميل على جمع البيانات ونشر المعلومات

### ما نظام HMIS؟

نظام HMIS هو نظام للبيانات يُخزّن المعلومات المتعلقة بخدمات المشردين. وتتولى شركة Bitfocus, Inc. إدارته لصالح King County. ويُعد الغرض من نظام HMIS هو تحسين الخدمات التي تدعم الأشخاص المشردين في الحصول على سكن وتحسين إمكانية حصولهم على تلك الخدمات والوفاء في الحين ذاته بشروط الجهات الممولة، مثل وزارة الإسكان والتنمية الحضرية الأمريكية (HUD).

### ما غرض هذا النموذج؟

باستخدام هذا النموذج، تُصرّح بجمع معلومات عنك ومشاركتها مع الهيئات الشريكة التي تساعد King County في توفير الإسكان والخدمات. تتوفر قائمة مُحدّثة بالهيئات الشريكة على <http://kingcounty.hmis.cc/participating-agencies>

**بتوقيعي على هذا النموذج، أقر بأنه لكلٍ من King County و Bitfocus الحق في مشاركة معلومات نظام HMIS مع الهيئات الشريكة.** وسيتم استخدام معلومات HMIS التي تتم مشاركتها لمساعدتي في الحصول على الإسكان والخدمات. كما سيتم استخدامها لفهم برامج الإسكان وخدمات المشردين وتحسينها على نحو أفضل. وأنفهم أن الهيئات الشريكة قد تتغير بمرور الوقت.

تتضمن المعلومات التي يتم جمعها ومشاركتها:

- الاسم، وتاريخ الميلاد، والجنس، والعرق، ورقم الضمان الاجتماعي، ورقم الهاتف، والعنوان
- معلومات طبية أساسية، ومعلومات حول الصحة العقلية، واستخدام المواد المخدرة، والحياة اليومية
- معلومات الإسكان
- استخدام خدمات الأزمات والمستشفيات والسجون
- معلومات حول العمل، والدخل، والتأمين، والاستحقاقات
- الخدمات التي تقدمها الهيئات الشريكة
- النتائج من التقييمات
- صورة فوتوغرافية لي أو ما شابه (في حالة التضمنين)

### بتوقيعي على هذا النموذج، أنفهم ما يلي:

- ستحافظ King County، و Bitfocus، وهيئتهما الشريكة على خصوصية معلومات HMIS الخاصة بي بتطبيق سياسات خصوصية صارمة. ويحق لي مراجعة سياسات خصوصيتهما.
- توجد مخاطر ضئيلة في احتمالية وقوع خرق أمني أو إمكانية حصول شخص ما على معلوماتي واستخدامها بشكل غير ملائم.
- إذا كانت لديّ أسئلة حول حقوق الخصوصية أو معلومات HMIS التي تخصني أو ساورني القلق بأنه قد أسيء استخدام معلوماتي، يمكنني الاتصال بمسؤول أنظمة HMIS على الرقم x2 444-4001 (206).
- يمكنني تلقي نسخة من هذه الموافقة وورقة معلومات العميل
- يحق لي رفض التوقيع على هذه الموافقة. وإذا رفضت، فلن أفقد أي استحقاقات أو خدمات.
- تنتهي صلاحية هذه الموافقة بعد 7 أعوام من آخر نشاط مسجل لي في نظام HMIS.
- يحق لي سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق مكاتب:

Bitfocus, Inc.  
ATTN: King County HMIS  
5940 S Rainbow Blvd Ste 400 #60866  
Las Vegas, Nevada 89118-2507

- سيُنقذ سحب الموافقة بمجرد تلقّيه، إلا بالقدر الذي قد تصرّف به آخرون فعلاً بموجب هذه الموافقة، وبعد إخطار الهيئات الشريكة وبرنامج Coordinated Entry for All في الوقت المناسب بحيث لا يتدخل سحب الموافقة بتنسيق الرعاية أو الخدمة.
- يمكن مشاركة معلومات نظام HMIS الخاصة بي أكثر من ذلك من قِبل الهيئات الشريكة مع هيئات أخرى لأغراض تنسيق الرعاية وتقديم المشورة وتوفير الأغذية ومساعدة المرافق النفعية وغيرها من الخدمات.
- يجوز للمدققين أو الجهات المُموّلة التي تراجع عمل الهيئات الشريكة الاطلاع على معلومات نظام HMIS الخاصة بي، بما في ذلك وزارة الإسكان والتنمية الحضرية الأمريكية (HUD)، وإدارة شؤون المحاربين القدامى، ووزارة الصحة والخدمات البشرية، وإدارة التجارة بولاية واشنطن.
- كما سيتم استخدام معلومات نظام HMIS الخاصة بي للمساعدة في تقييم جودة الخدمات. كما يمكن استخدامها للأغراض البحثية التي تتماشى مع أهداف King County ورسالتها.

**مهم: لا تُدخل معلومات مُعرّفة للشخصية في نظام HMIS تخص عملاء: (1) يتلقون الخدمات من هيئات العنف المنزلي؛ (2) يهربون أو في خطرٍ حاليًا من العنف المنزلي، أو العنف في المواعدة، أو الاعتداء الجنسي أو مواقف التصد؛ (3) تتم خدمتهم في برنامج يتطلب الإفصاح عن حالة إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز (مثل فرص الإسكان للأشخاص المصابين بالإيدز HOPWA)؛ أو (4) أقل من سن 13 عامًا ولا يتوفر لديهم ولي أمر أو وصي للموافقة على إدخال معلومات القاصر في نظام HMIS.**

في حالة انطباق أحد هذه المواقف عليك، لا توافق على جمع معلومات تحدد هويتك الشخصية.

## التوقيع:

اسم العميل: \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد العميل: \_\_\_\_\_

\* يرجى استخدام نموذج واحد لكل عضو من العائلة (بما في ذلك نموذج لكل طفل قاصر).

## التوقيع:

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل المفوض قانونًا:

الاسم بحروف واضحة

تفويض ممثل بالتوقيع نيابة عن العميل:

- الوالد  - الوصي القانوني  أمر المحكمة  صفة أخرى: \_\_\_\_\_

استخدام الوكالة فقط (يجب حفظه في ملفات الوكالة):

سحب موافقة العميل (الموافقة المرفوضة) \_\_\_\_\_ (الأحرف الأولى للموظف/الهيئة)

التاريخ

لموظف الشاهد / الهيئة الشاهدة