

**Информационная система по делам лиц без определенного места жительства (англ. King County Homeless Management Information System, HMIS) округа Кинг  
СОГЛАСИЕ КЛИЕНТА НА СБОР ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ**

**Что такое HMIS?**

HMIS представляет собой систему данных, которая содержит информацию об услугах, предоставляемых лицам без определенного места жительства. За работу HMIS в округе Кинге отвечает Компания «Bitfocus». Целью HMIS является повышение качества услуг по поддержке людей без определенного места жительства в обеспечении жильем и облегчение доступа к таким услугам, при выполнении требований спонсоров, таких как Департамент жилищного строительства и городского развития (англ. Department of Housing and Urban Development, HUD) США.

**Какова цель заполнения данной формы?**

Данной формой Вы даете согласие на хранение имеющейся о Вас информации и её совместное использование вместе с партнерскими организациями, которые помогают округу Кинг предоставлять Вам жилье и услуги. Актуальный список партнерских организаций можно найти по ссылке:

<http://kingcounty.hmis.cc/participating-agencies/>

**ПОДПИСЫВАЯ ДАННУЮ ФОРМУ, Я ДАЮ СОГЛАСИЕ** властям округа Кинг и Компании «Bitfocus» на предоставление информации HMIS партнерским организациям. Информация HMIS будет раскрыта с целью предоставления мне жилья и услуг. Она также будет использоваться для улучшения жилищных программ и программ предоставления услуг для лиц без определенного места жительства. Я понимаю, что партнерские организации могут со временем измениться.

Информация, которая будет собрана и распространена, включает:

- Имя, дату рождения, пол, расовую и этническую принадлежность, номер социального страхования, номер телефона, адрес
- Информацию о базовом медицинском, психическом здоровье, употреблении психоактивных веществ, а также повседневной жизни
- Информацию о жилищных условиях
- Обращение к услугам кризисных служб, пребывание в больницах и тюрьмах
- Информацию о занятости, доходах, страховании и льготах
- Услуги, предоставленные партнерскими организациями
- Результаты обследований
- Мою фотографию или другие аналогичные материалы (если они включены)

**ПОДПИСЫВАЯ ДАННУЮ ФОРМУ, Я ПОНИМАЮ, ЧТО:**

- Власти округа Кинг, Компания «Bitfocus» и партнерские организации будут использовать мою информацию HMIS, не предавая ее огласке, согласно строгой политике конфиденциальности. Я имею право ознакомиться с соответствующей политикой конфиденциальности.

- Существует незначительный риск нарушения безопасности, при котором кто-то может получить мою личную информацию и использовать ее не по назначению.
- Если у меня появятся вопросы о моих правах на конфиденциальность, моей информации в Системе HMIS, или у меня возникнут сомнения в отношении того, что моя информация может быть использована неправильно, я могу связаться с Системным администратором HMIS по телефону (206) 444-4001 x2.
- Я могу получить копию данного Согласия и Верификационной декларации клиента
- Я могу отказаться от подписания данного Согласия на сбор данных и передачу информации. Если я откажусь от подписания Согласия на сбор данных и передачу информации, я не потеряю никаких льгот или услуг.
- Срок действия данного Согласия на сбор данных и передачу информации истекает через 7 лет после последних действий, зарегистрированных в HMIS.
- Я могу отозвать вышеописанное Согласие на сбор данных и передачу информации в любое время в письменной форме, написав по адресу:

Bitfocus, Inc.

ATTN: King County HMIS

5940 S Rainbow Blvd Ste 400 #60866

Las Vegas, Nevada 89118-2507

- Отмена вступит в силу после получения соответствующего письма, за исключением случаев, когда другая отмена уже была применена в рамках данного Согласия на сбор данных и передачу информации, и после уведомления соответствующих партнерских организаций и организации по обеспечению согласованного доступа к услугам для всех лиц, таким образом, чтобы отмена не пересекалась с вопросом согласования предоставляемого обслуживания или ухода.
- Моя информация HMIS может быть в дальнейшем передана партнерскими организациями другим учреждениям для координации медицинского обслуживания, консультирования, питания, коммунальной помощи и других услуг.
- Моя информация HMIS может рассматриваться аудитором или спонсором, которые проверяют работу партнерских организаций, в том числе, Департаментом жилищного строительства и городского развития, Управлением по делам бывших военнослужащих, Департаментом здравоохранения и социального обеспечения, Департаментом торговли штата Вашингтон.
- Моя информация HMIS может использоваться, чтобы помочь оценить качество жилищных программ и программ предоставления услуг. Она также может использоваться в рамках проведения исследований в соответствии с целями и задачами округа Кинг.

**ВАЖНО: Не вносите в систему HMIS личную идентификационную информацию по клиентам, которые: 1) получают услуги организаций по вопросам домашнего насилия; 2) укрываются или подвержены риску насилия в семье, насилия во время свиданий, сексуального насилия или ситуаций преследования; 3) получают услуги по программе, требующей раскрытия статуса ВИЧ/СПИД (например, НОРВА); или 4) не достигли возраста 13 лет и не имеют родителей или опекунов, способных предоставить согласие на внесение информации по детям в систему HMIS.**

Если одна из этих ситуаций относится к Вам, **НЕ** давайте согласие на сбор Вашей личной идентификационной информации.

## ДАННЫЕ КЛИЕНТА\*:

Имя, фамилия клиента: \_\_\_\_\_

Дата рождения клиента: \_\_\_\_\_

**\* Используйте одну форму для каждого члена домохозяйства (в том числе одну форму для каждого несовершеннолетнего ребенка).**

## ПОДПИСЬ:

\_\_\_\_\_  
Подпись клиента или уполномоченного  
представителя:

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ

Полномочия представителя в связи с подписью от имени клиента:

- Родитель     - Законный представитель     - Постановление суда     - Другое: \_\_\_\_\_

**Только для служебного пользования (для документации агентства):**

Клиент отказался принимать участие (отказался давать согласие) \_\_\_\_\_ (Инициалы  
сотрудника/организации)

\_\_\_\_\_  
(Свидетель-сотрудник и организация)

\_\_\_\_\_  
Дата