

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Marin City Salud y Bienestar
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	Ritter Center
Buckelew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Gilead House	
Homeward Bound de Marin	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información a ser recopilada y compartida incluye:
 - Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
 - Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
 - Información de vivienda
 - Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
 - Servicios prestados por las agencias asociadas
 - Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
 - Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de

auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Date: