



三藩市遊民與支援性住屋部  
無家可歸反應系統  
使用或披露資訊授權書

正楷姓名：

出生日期：

本表及所附通知介紹三藩市限的遊民與支援性住屋部（HSH）及其提供者組織如何使用和分享您的個人資訊，以及您對自己資訊的權利。

三藩市遊民與支援性住屋部（HSH）線上導航和進入（ONE）系統（城市遊民執行資訊系統）是一個資料庫，允許HSH與我們的合作機構保存、調閱和分享客戶級資訊，合作機構是三藩市各部門，包括公共衛生部和民政服務署，以及其他社區性的住房和服務提供者，他們的工作對象是目前的遊民或是有可能成為遊民的人。示例包括三藩市遊民推廣團隊（SFHOT）或是支援性住房的服務提供者。

為了向您提供最好的幫助，資訊會收集到ONE系統中，由合作機構使用或分享。合作機構使用ONE系統中的資訊：

- 為客戶提供合適的住房和其他服務
- 改善您的護理和市府機構與服務提供者之間的相關服務協調；以及
- 繼續尋找改善HSH住宅及相關服務的方法
- 如果您使用了HSH無家可歸反應系統（HRS）的許多服務，我們將與相關合作機構分享資訊。

如需查詢HSH合作機構清單，請登入[www.hsh.sfgov.org](http://www.hsh.sfgov.org)

讀取有關您的資訊受到聯邦、州和地方法律的限制，任何可以進入ONE系統或讀取您的資訊的人士必須簽署協議，承諾遵守隱私法（詳見隨附的隱私實踐通知）。

**透過簽署本表格，我授權如下：**

- 我授權HSH及其合作機構使用和分享所收集的本人資訊，包括我無家可歸的時間長短以及我的敏感資訊，例如健康資訊，以評估和協調我可能有資格獲得的服務，包括：HSH住房和服務、福利、公用事業援助或其他相關服務。



## 無家可歸反應系統 使用或披露資訊授權書

- **\*\*僅三藩市健康計畫和加州藍十字會員：授權與我的健康計畫分享我的資訊\*\***  
遊民與支援性住屋部可以與我的健康計畫、三藩市健康計畫分享我的聯繫資訊以及有關我的住房狀況的資訊，以便協調我的醫療保健。三藩市健康計畫工作人員在需要查閱我受保護的健康和（或）個人識別資訊以確定我的服務資格時，將遵守所有聯邦和州隱私法。

### 透過簽署本表格，我理解：

- 合作機構及其員工已簽署協議，維護我的資訊安全和機密。我有權審查所有適用的保密政策。
- 我理解，我可以拒絕簽署授權書，但這將限制我在HSH從非醫療保健提供者獲得的服務。
- 授權發佈我的資訊並不保證我會得到服務。
- 如果我對自己或他人構成直接危險，或者如果有虐待未成年人或殘障成年人的嫌疑，可以分享資訊以讓我獲得幫助。
- 我可以查看或獲得一份收集我的資訊的副本（有關更多資訊，請參閱通知）。
- 我有權獲得本授權書的副本。
- 我可以隨時取消授權，但是必須以書面形式取消並且提交到以下地址：  
P.O. Box 427400, San Francisco, CA 94142-7400
- 如果取消授權，將不會收集或分享有關我的進一步資訊，但不會收回或刪除已收集或分享的資訊。
- 我的資訊受聯邦、州和地方有關客戶記錄保密性的法規保護。未經本人書面同意，本人的資訊不得進一步分享，但法律要求的情況除外。
- 如果我的記錄包括一張照片，合作機構可以看到。照片可以根據需要裁剪或編輯。
- 使用ONE系統評估HSH住房和服務的合作機構和Bitfocus員工（ONE系統的系統管理員）已簽署協議，將遵守所有隱私法。



## 無家可歸反應系統 使用或披露資訊授權書

- 我瞭解醫療、愛滋病毒/愛滋病、心理健康以及藥物和酗酒記錄受到各種聯邦和州法規保護，包括《加州福利和機構法典》第5328章「醫療資訊保密法」、《加州民法典》第56.10節（CMIA 《健康保險轉移與責任法案》 45 C.F.R. 第160和164部分（「HIPAA」）），以及《藥物濫用患者記錄保密性聯邦法規》 42 C.F.R. 第2部分。（詳見隱私權通知）
- 除非法律允許或要求，否則未經我同意，HSH和合作機構收到的資訊不得與任何其他人士分享。

### 有效期：

本授權書有效期為三年，自簽名之日起或在此註明的較早日期起計算：

### 簽名

簽名（客戶/法定代表）：

日期：

正楷姓名（客戶/法定代表）：

如果由客戶之外的授權人士簽名，請註明關係

：

如果客戶/法定代表拒絕簽名，員工應說明拒絕原因並附加員工簽名：