

圣克拉拉县 HMIS 客户数据收集和信息发布同意书

本通知描述了如何使用和披露有关您的信息，以及您可以如何获取这些信息。请仔细阅读。

圣克拉拉县无家可归者管理信息系统 (Santa Clara County Homeless Management Information System, “SCC HMIS”) 是一个共享的数据库和软件应用程序，它以保密的方式收集、使用和共享与圣克拉拉县无家可归者有关的客户级信息。SCC HMIS 代表圣克拉拉县关爱联合体 (Continuum of Care, “CoC”), 并由圣克拉拉县 (“县”) 和 Bitfocus, Inc. (“Bitfocus”) 在 Clarity Human Services (“Clarity”) 的软件应用程序中管理。客户必须同意收集、使用和发布其信息，以帮助 CoC 为无家可归和低收入者提供有品质的住房和服务。

客户信息在 SCC HMIS 中收集，并发布给住房和服务提供商（每个都是“合作伙伴机构”，并统称为“合作伙伴机构”），其中包括社区性的组织和政府机构。合作伙伴机构使用 SCC HMIS 中的信息以：改善住房和服务质量；识别模式并监控时间趋势；对某些无家可归和低收入人群进行需求评估并确定服务优先级；加强机构间协调；监控并报告住房和服务的交付、影响以及质量。

通过根据联邦、州及地方管辖客户记录机密的法规限制对数据库的访问权限，并限制向其发布机密信息的方面，客户信息受到保护。每个有权访问 SCC HMIS 或向其发布客户信息的个人或机构，都必须签署协议以维护客户信息的安全性和机密性。一旦违反该协议，访问权可能会被终止，被发现违反该协议的个人或机构可能会受到进一步的处罚。

//

//

同意使用电子签名执行：我理解并希望本表格上的电子签名和电子形式的姓名缩写与使用原始墨水所签署的姓名或缩写具有同等的法律效力。我声明、保证并同意，无论以电子或原始墨水书写，我的签名和缩写均应构成有效、可执行且具有完全效力的同意和协议。

通过签署此表格，我授权以下内容：

- 我授权县、Bitfocus、CoC、合作伙伴机构及其授权的代理人 and 代表收集、使用和共享有关我的基本信息。我了解合作伙伴机构可能会随时间变化，并且已经向我提供最新的合作伙伴机构清单。我也了解，我可以随时要求提供更新的清单，也可以在以下位置查看该清单：<http://scc.hmis.cc/partner-agencies.html>。我了解收集、使用和发布这些信息是为了评估我对住房、咨询、食品、公用事业援助或其他服务的需求。
- 通过在下表中的一个或多个空格处签署姓名缩写，我授权输入 SCC HMIS 的信息或记录可以包括以下特定类型的受保护的个人信息 (“PPI”) 和受保护的健康信息 (“PHI”)。如果我未在下表中的一个或多个空格处签署姓名缩写，则我未授权将该特定类型的信息输入 SCC HMIS：

客户姓名缩写	PPI/PHI 类型
	<ul style="list-style-type: none"> • 身份信息 (包括: 姓名、出生日期、性别、种族、民族、社会安全号、电话号码、居住地址或其他类似的身份信息)
	<ul style="list-style-type: none"> • 我的照片或其他肖像
	<ul style="list-style-type: none"> • 我对问题 (作为标准 HMIS 收录的一部分, 以及作为 Santa Clara Valley 健康与医院系统的客户或患者) 的回应中包含的医疗信息
	<ul style="list-style-type: none"> • 我对问题 (作为标准 HMIS 收录的一部分) 的回应中包含的艾滋病毒/艾滋病相关信息
	<ul style="list-style-type: none"> • 我对问题 (作为标准 HMIS 收录的一部分, 以及作为县行为健康服务部门所提供的精神健康服务的客户) 的回应中包含的精神健康信息

	<ul style="list-style-type: none"> 我对问题（作为标准 HMIS 收录的一部分，以及作为县行为健康服务部门所提供的药物滥用或酗酒治疗的客户）的回应中包含的药物滥用治疗信息
	<ul style="list-style-type: none"> 财务和福利信息（包括：就业状况、收入验证、公共援助金或津贴、食品券分配、医疗保险或其他类似的财务或福利信息）
	<ul style="list-style-type: none"> 住房信息
	<ul style="list-style-type: none"> 有关 HMIS 合作伙伴机构提供的服务的信息（包括：日期、持续时间和服务类型；以及其他类似的服务信息）
	<ul style="list-style-type: none"> 其他（说明）： _____

- 我授权合作伙伴机构及其授权代理人和代表使用 SCC HMIS 中收集的 PPI 和 PHI 以优先向我提供和推荐住房和服务。我进一步授权合作伙伴机构及其授权代理人和代表就我的案例与其他合作伙伴机构及其授权代理人和代表进行沟通，以协调优先次序和安置，并确定住房和服务的资格。

通过签署此表格，我理解：

- 本同意书将于 [插入日期] _____ 到期。** 如果未包括到期日期，则此同意书无效。
- 合作伙伴机构及其授权代理人和代表将可以看到照片中使用本人肖像。可以根据需要裁剪或编辑照片。
- 合作伙伴机构及其授权代理人和代表分别签署了协议以维护本人信息的安全性和机密性。我有权查看所有适用的保密政策和签署的协议。
- 我了解，我可以拒绝签署此同意书。** 我的拒绝不会影响我获得福利或服务的资格，也不影响我获得治疗或付款的能力。此外，同意发布我的信息并不能保证我将获得服务，并且我拒绝同意也不会使我失去接受服务的资格。我有权收到此授权书的副本。

- 我可以随时撤销本同意书，但我必须以书面形式这样做，并将其提交到以下地址。对于有关药物/酗酒治疗或心理健康治疗的记录，可以口头撤销本同意书。

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

- 如果我撤销本同意书，撤销将在收到后生效，除非其他人已依据本同意书行事。
- 我的 PPI 和 PHI 受联邦、州和地方有关客户记录机密的法规保护。未经本人书面同意，不得发布我的信息，除非法规另有规定。
- 拥有监督或审查一个或多个合作伙伴机构工作的合法权利的审计师或出资人（包括美国住房和城市发展部）可以在日常工作中查看我的 PPI。
- Bitfocus 担任 SCC HMIS 的系统管理员和 Clarity 的软件供应商。如果 Bitfocus 的授权代理人和代表在 SCC HMIS 上进行工作，则他们可以在日常工作中查看我的信息。
- 使用 SCC HMIS 开展研究和撰写报告的合作伙伴机构及其授权代理人和代表已签署协议，以维护客户信息的安全性和机密性。
- 我了解医疗、艾滋病毒/艾滋病、心理健康以及毒品和酗酒记录受到各种联邦和州法规的保护，包括《加利福尼亚州福利和机构法》第 5328 条、《医疗信息保密法》、《加利福尼亚州民法》第 56.10 条 (CMIA)、《健康保险携带与责任法案》(CFR 45 CFR, 第 160 和 164 部分, “HIPAA”) 以及《联邦药物滥用患者记录保密条例》(42 C.F.R 第 2 部分)，除非法律另有规定，否则未经本人书面同意不得进行披露。

- 我明确授权根据本同意书披露的本人信息可由以上列出的接收人进一步披露，以作为 CoC 和 HMIS 工作的一部分对我的住房、咨询、食品、公用事业援助或其他服务需求进行评估。

[签名见下一页]

签名

日期: _____ 时间: _____ 上午/下午

患者/客户或代表的签名:

如果由患者/客户以外的其他人签名, 请指出关系:

印刷姓名:

仅对于从县行为健康服务部门接受精神健康服务的客户, 发布其信息时要求以下签名; 或是《加利福尼亚州福利和机构法》第 5328 条另有规定, 也应签名:

- 我授权发布所要求的信息。
- 我不授权发布所要求的信息。

被授权的精神健康人员签名:

姓名/职务:
