

**HMIS DEL CONDADO DE SANTA CLARA  
DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y SER REVELADA SU INFORMACIÓN Y  
COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A LA MISMA. FAVOR DE LEERLA ATENTAMENTE.**

El Condado de Santa Clara está trabajando con otras agencias gubernamentales y organizaciones comunitarias para desarrollar un programa que mejora el acceso a la vivienda y a los servicios en el Condado de Santa Clara. El programa se llama Sistema de Gestión de la Información sobre Personas sin Hogar del Condado de Santa Clara ("SCC HMIS"). Esta Declaración de Privacidad describe cómo \_\_\_\_\_ puede usar y revelar la información que usted esté de acuerdo en compartir con el programa HMIS. Algunos ejemplos de esa información incluyen su nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, número de la seguridad social, número de teléfono, dirección de su domicilio, foto, y otra información de identificación similar. Usted también puede consentir en compartir información económica (como su situación laboral, verificación de ingresos, pagos recibidos de ayudas o prestaciones públicas, asignación de cupones de comida, y otra información económica, además de información médica, de salud mental, y sobre abuso de sustancias. Antes de que su información pueda ser compartida con el sistema de HMIS, tendrá usted que dar permiso firmando un documento llamado Consentimiento del Cliente para la Recogida y Divulgación de sus Datos. La ley o los patrocinadores de los programas de la Agencia con la que comparta su información, podrían exigirle que recabe de usted alguna información. La Agencia no recogerá información aportada por usted al sistema del HMIS sin su consentimiento por escrito. La Agencia usará y divulgará la información que usted esté de acuerdo en compartir para hacer lo siguiente:

1. Verificar su idoneidad y el orden en el que será remitido/a para recibir servicios.
2. Proporcionarle o remitirle hacia los servicios que satisfacen sus necesidades.
3. Gestionar y evaluar el desempeño de sus programas.
4. Informar sobre el funcionamiento y resultados de sus programas a sus patrocinadores o solicitar fondos adicionales para sostener el programa que le está ayudando a usted u otros.
5. Colaborar con otras agencias locales para mejorar los servicios en el Condado de Santa Clara
6. Investigar formas mejores de proporcionar servicios en el Condado de Santa Clara.

Esta agencia puede pedirle que facilite su información, también, por las siguientes razones:

1. Cuando la ley así lo exija.
2. Cuando un juez, una agencia encargada del cumplimiento de la ley, o una agencia administrativa expida una orden al respecto.

Usted tiene el derecho a revocar su consentimiento enviando una solicitud por escrito y firmada a:

Bitfocus, Inc.  
ATTN: SCC HMIS  
548 Market Street #60866  
San Francisco, CA 94104

El consentimiento puede revocarse de forma verbal en los expedientes relacionados con los tratamientos contra las drogas/alcohol o tratamientos de salud mental llamando a Bitfocus al (408) 596-5866.

Usted también tiene los siguientes derechos:

1. Tiene derecho a inspeccionar y tener una copia de toda la información recogida sobre usted e incluida en el sistema del HMIS.
2. Tiene derecho a que se le explique el sistema del HMIS y cualquier información que no entienda.
3. Tiene derecho a solicitar la corrección de cualquier información sobre usted que sea imprecisa o incompleta y que se encuentre en el sistema del HMIS. Su solicitud puede ser denegada en cumplimiento de alguna ley aplicable o según criterio de la Agencia, pero quedaría registrada en los archivos del programa.
4. A restringir el tipo de información divulgada a otras Agencias.
5. A una copia actualizada de esta Declaración de Confidencialidad.

A todos los agentes y representantes de la Agencia con acceso a su información se les exige que hagan cursos de formación sobre el sistema y los requisitos de privacidad, al menos una vez al año.

Esta Declaración de Privacidad puede ser cambiada en cualquier momento. Los cambios pueden afectar la información obtenida por la Agencia antes de la fecha del cambio. Un cambio en esta Declaración de Privacidad que afecte al uso y divulgación de información se hará efectivo con respecto a la información procesada antes del cambio, a menos que se disponga otra cosa.

**Todas las preguntas y solicitudes relacionadas con esta Declaración de Privacidad deberían dirigirse a:**

Nombre y título del encargado de seguridad o privacidad de la Agencia  
Dirección de la Agencia Asociada  
Ciudad, Estado, Código postal  
Teléfono  
Correo electrónico