

SANTA CLARA COUNTY HMIS**GIẤY ỨNG THUẬN CỦA KHÁCH HÀNG CHO PHÉP THU THẬP DỮ LIỆU VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN****THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC XỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ NHƯ THẾ NÀO VÀ CÁCH THỨC QUÝ VỊ CÓ THỂ XEM CÁC THÔNG TIN NÀY. XIN ĐỌC KỸ VĂN KIỆN NÀY.**

Hệ Thống Quản Trị Thông Tin về Vô Gia Cư Hạt Santa Clara (Santa Clara County Homeless Management Information System - "SCC HMIS") là một cơ sở dữ liệu và nhu liệu ứng dụng chuyên thu thập, xử dụng và trao đổi một cách bảo mật các thông tin liên quan đến tình trạng vô gia cư ở Quận Hạt Santa Clara. Đại diện cho Santa Clara County Continuum of Care ("CoC"), Quận Hạt Santa Clara ("Quận") và Bitfocus, Inc. ("Bitfocus") điều hành hệ thống SCC HMIS với một nhu liệu ứng dụng có tên là Clarity Human Services ("Clarity"). Phải có sự ưng thuận của khách hàng mới được thu thập, xử dụng và tiết lộ thông tin của họ để giúp CoC cung cấp gia cư và dịch vụ có phẩm chất tốt cho những người vô gia cư và người có thu nhập thấp.

Thông tin của khách hàng được thu thập trong SCC HMIS và được chuyển đến các nhà cung cấp dịch vụ và gia cư (mỗi nhà cung cấp được gọi là "Cơ Quan Đối Tác," và được gọi chung là "Các Cơ Quan Đối Tác"), bao gồm các tổ chức trong cộng đồng và các cơ quan chính phủ. Các Cơ Quan Đối Tác xử dụng thông tin trong SCC HMIS để: cải thiện phẩm chất các dịch vụ và gia cư; xác định các kiểu mẫu và theo dõi các chiều hướng theo thời gian; tiến hành đánh giá nhu cầu và sắp hạng ưu tiên các dịch vụ dành cho các nhóm nào đó của những người vô gia cư và có thu nhập thấp trong cộng đồng; tăng cường sự điều hợp liên cơ quan; và theo dõi và báo cáo việc cung cấp, tác động, và phẩm chất về gia cư và các dịch vụ.

Thông tin khách hàng được bảo vệ bằng cách hạn chế quyền xem xét cơ sở dữ liệu, và bằng cách hạn chế những cơ quan mà thông tin bảo mật được phổ biến, tuân theo các quy định của liên bang, tiểu bang và địa phương về bảo mật hồ sơ của khách hàng. Mỗi cá nhân hoặc cơ quan có quyền xem thông tin trong SCC HMIS, hoặc nhận được thông tin của khách hàng, phải ký giấy thỏa thuận duy trì biện pháp an ninh và bảo mật thông tin của khách hàng. Khi có bất kỳ sự vi phạm nào trong các điều khoản thỏa thuận thì quyền xem thông tin sẽ bị chấm dứt, và cá nhân hoặc cơ quan vi phạm thỏa thuận có thể phải chịu thêm các hình phạt khác.

THỎA THUẬN THỰC HIỆN BẰNG CHỮ KÝ ĐIỆN TỬ: Tôi hiểu và thừa nhận rằng chữ ký điện tử và tên viết tắt điện tử của tôi trong mẫu này sẽ có cùng hiệu lực pháp lý như khi được ký và ký tắt bằng chữ ký gốc trên giấy. Tôi tuyên bố, cam đoan và đồng ý rằng chữ ký và tên viết tắt của tôi, dù là điện tử hay trên giấy, đều nhận được sự đồng ý và thỏa thuận hợp lệ, có thể thực thi và hoàn toàn có hiệu lực.

KÝ TÊN VÀO GIẤY NÀY LÀ TÔI CHO PHÉP NHƯ SAU:

- **Tôi cho phép Quận Hạt, Bitfocus, CoC, Các Cơ Quan Đối Tác, và các viên chức và người đại diện có thẩm quyền của họ được thu thập, xử dụng, và phổ biến thông tin căn bản về cá nhân tôi.** Tôi hiểu rằng Các Cơ Quan Đối Tác có thể thay đổi theo thời gian, và tôi đã được cung cấp một danh sách Các Cơ Quan Đối Tác hiện tại. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể yêu cầu một danh sách cập nhật bất cứ lúc nào, hoặc xem danh sách tại: <http://scc.hmis.cc/partner-agencies.html>. Tôi hiểu rằng việc thu thập, xử dụng và tiết lộ thông tin này nhằm mục đích để đánh giá nhu cầu của tôi về gia cư, tham vấn, thực phẩm, trợ giúp về tiện ích, hoặc các dịch vụ khác.
- Ký tắt ở một hoặc nhiều mục trong bảng liệt kê dưới đây có nghĩa là tôi cho phép các thông tin, hoặc hồ sơ được đưa vào hệ thống SCC HMIS có thể bao gồm các loại thông tin cá nhân được bảo mật (“PPI”) và thông tin sức khỏe được bảo mật (“PHI”) cụ thể sau đây. Nếu tôi không ký tắt vào một hoặc nhiều mục trong bảng liệt kê dưới đây, có nghĩa là tôi không cho phép đưa loại thông tin cụ thể đó vào SCC HMIS:

Ký tắt của khách hàng	Loại Thông Tin Cá Nhân/Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật (PPI/PHI)
	<input type="checkbox"/> Thông tin về lý lịch (bao gồm: tên, ngày sinh, giới tính, chủng tộc, sắc tộc, số an sinh xã hội, số điện thoại, địa chỉ cư trú, hoặc thông tin khác về lý lịch)
	<input type="checkbox"/> Hình chụp hoặc hình ảnh khác của tôi
	<input type="checkbox"/> Thông tin về y khoa trong các câu trả lời của tôi cho các câu hỏi trong tiến trình HMIS thu thập và xác nhận lý lịch của khách hàng hoặc bệnh nhân của Santa Clara Valley Health and Hospital System
	<input type="checkbox"/> Thông tin liên quan đến HIV/AIDS trong các câu trả lời của tôi cho các câu hỏi trong tiến trình HMIS thu thập thông tin.

	<input type="checkbox"/> Thông tin về sức khỏe tâm trí trong các câu trả lời của tôi cho các câu hỏi trong tiến trình HMIS thu thập và xác nhận lý lịch của khách hàng đang nhận các dịch vụ y tế tâm trí của Dịch Vụ Y Tế về Hành Vi của Quận Hạt.
	<input type="checkbox"/> Thông tin về điều trị cai nghiện trong các câu trả lời của tôi cho các câu hỏi trong tiến trình HMIS thu thập và xác nhận lý lịch của khách hàng đang nhận các dịch vụ điều trị ma túy và rượu của Dịch Vụ Y Tế về Hành Vi của Quận Hạt.
	<input type="checkbox"/> Thông tin về tài chánh và phúc lợi (bao gồm: tình trạng việc làm, mức thu nhập, tiền hỗ trợ hoặc trợ cấp công cộng, phiếu thực phẩm, tài trợ chăm sóc sức khỏe, hoặc thông tin khác về tài chánh hoặc phúc lợi).
	<input type="checkbox"/> Thông tin về gia cư.
	<input type="checkbox"/> Thông tin về các dịch vụ được cung cấp bởi Các Cơ Quan Đối Tác của HMIS (bao gồm: ngày tháng, thời hạn, và loại dịch vụ; và thông tin tương tự khác về dịch vụ)
	<input type="checkbox"/> Thông tin khác (nêu rõ): _____ _____

- Tôi cho phép Các Cơ Quan Đối Tác và các viên chức và đại diện có thẩm quyền của họ được xử dụng PPI và PHI thu thập trong SCC HMIS để xác định ưu tiên cho tôi và giới thiệu tôi đến các dịch vụ và gia cư. Tôi cũng cho phép Các Cơ Quan Đối Tác và các viên chức và đại diện có thẩm quyền của họ liên lạc với Các Cơ Quan Đối Tác Khác và các viên chức và đại diện có thẩm quyền của họ về trường hợp của tôi nhằm mục đích điều hợp sự ưu tiên, bố trí và xác định điều kiện nhận các dịch vụ và gia cư.

KHI KÝ TÊN VÀO GIẤY NÀY TÔI HIỂU RẰNG:

- **Giấy Ưng Thuận này sẽ hết hạn vào [ghi ngày]_____.** Giấy ưng thuận này không có giá trị nếu không có ghi ngày hết hạn.
- Các Cơ Quan Đối Tác và các viên chức và đại diện có thẩm quyền của họ có quyền xem hình ảnh của tôi. Hình này có thể được cắt xén hoặc sửa lại, nếu cần.

- Các Cơ Quan Đối Tác và các viên chức và đại diện có thẩm quyền của họ đã ký thỏa thuận cá nhân để duy trì sự an ninh và bảo mật thông tin của tôi. Tôi có quyền xem xét tất cả các chính sách hiện hành về bảo mật thông tin và các giấy thỏa thuận đã ký.
- **Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối ký tên vào Giấy Ưng Thuận này.** Việc tôi từ chối sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện nhận phúc lợi hay dịch vụ của tôi, hoặc khả năng nhận sự điều trị hoặc tài trợ. Ngoài ra, việc đồng ý cho phép tiết lộ thông tin của tôi không bảo đảm rằng tôi sẽ nhận được dịch vụ, và việc tôi không ưng thuận cũng không làm cho tôi mất điều kiện nhận dịch vụ. Tôi có quyền nhận một bản sao của giấy ủy quyền này.
- Tôi có thể hủy bỏ sự Ưng Thuận này bất cứ lúc nào, nhưng tôi phải viết văn thư để hủy bỏ và gửi thư đến địa chỉ sau đây. Sự Ưng Thuận này cũng có thể được hủy bỏ bằng lời đối với các hồ sơ liên quan đến việc điều trị cai nghiện ma túy/rượu hoặc điều trị về tâm trí.

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

- Nếu tôi hủy bỏ sự Ưng Thuận này thì sự hủy bỏ sẽ có hiệu lực sau khi nhận được yêu cầu, ngoại trừ các thông tin đã được phổ biến theo sự Ưng Thuận này.
- PPI và PHI của tôi được bảo vệ bởi các quy định bảo mật hồ sơ khách hàng của liên bang, tiểu bang và địa phương. Thông tin của tôi sẽ không được tiết lộ nếu không có giấy ưng thuận của tôi, ngoại trừ các thông tin được các quy định cho phép
- Các kiểm toán viên hoặc cơ quan tài trợ có quyền hợp pháp được giám sát và xem xét công việc của một hoặc nhiều Cơ Quan Đối Tác, bao gồm U.S. Department of Housing and Urban Development, có quyền xem PPI của tôi trong công việc hàng ngày của họ.
- Bitfocus đóng vai trò Quản Trị Viên Hệ Thống cho SCC HMIS và nhà cung ứng nhu liệu Clarity. Các viên chức và người đại diện có thẩm quyền của Bitfocus trong nhiệm vụ làm việc trên SCCHMIS, có quyền xem thông tin của tôi trong công việc hàng ngày của họ.
- Các Cơ Quan Đối Tác cùng với các viên chức và người đại diện có thẩm quyền của họ, là những người xử dụng SCC HMIS để nghiên cứu và lập báo cáo, đã ký thỏa thuận duy trì an ninh và bảo mật thông tin khách hàng.

- Tôi hiểu rằng các hồ sơ về y khoa, HIV/AIDS, sức khỏe tâm trí, và điều trị cai nghiện ma túy và rượu được bảo vệ bởi nhiều quy định khác nhau của liên bang và tiểu bang, bao gồm California Welfare and Institutions Code, Section 5328, Confidentiality of Medical Information Act, California Civil Code, Section 56.10 (CMIA), Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R., các phần 160 và 164 (“HIPAA”), và Federal Regulations Governing Confidentiality of Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R., Phần 2; và các hồ sơ này không được tiết lộ nếu không có văn bản ưng thuận của tôi, ngoại trừ được luật pháp cho phép.
- Tôi đồng ý cho phép các thông tin của tôi được tiết lộ theo Giấy Ưng Thuận này có thể được phổ biến thêm bởi các nơi nhận thông tin này nhằm mục đích đánh giá nhu cầu của tôi về gia cư, tham vấn, thực phẩm, trợ giúp về tiện ích, hoặc các dịch vụ khác, như là một phần trong công việc thường lệ của CoC và HMIS.

[Chữ ký ở trang sau]

CHỮ KÝ

Ngày/Date: _____ Giờ/Time: _____ Sáng/Chiều-AM/PM

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Khách Hàng hoặc Đại Diện/*Signature of Patient/Client/Representative:*

Nếu người ký không phải là bệnh nhân/khách hàng, vui lòng cho biết mối quan hệ:

Tên Viết In:

SỰ ỦY QUYỀN SAU ĐÂY CHỈ CẦN THIẾT KHI TIẾT LỘ THÔNG TIN CỦA KHÁCH HÀNG ĐANG NHẬN CÁC DỊCH VỤ Y TẾ TÂM TRÍ TỪ SỞ CÁC DỊCH VỤ Y TẾ TÂM TRÍ VỀ HÀNH VI CỦA QUẬN HẠT, HOẶC THEO QUY ĐỊNH ĐƯỢC GHI TRONG KHÁC TRONG CALIFORNIA WELFARE AND INSTITUTIONS CODE, SECTION 5328:

- Tôi cho phép tiết lộ thông tin được yêu cầu.
- Tôi không cho phép tiết lộ thông tin được yêu cầu.

Signature of Authorized Mental Health Staff/*Chữ Ký của Nhân Viên Y Tế Tâm Trí có Thẩm Quyền:*

Name/Title:
