



HSH 永久性住房申請

表格 A: 無家可歸應對系統授權使用或披露信息[由客戶和工作人員填寫]

客戶正楷姓名: (戶主/主申請人)	
客戶出生日期: (戶主/主申請人)	

此表格和隨附通知描述了舊金山市與縣無家可歸和支持性住房部(HSH)及其合作機構如何使用和共享您的個人信息，以及您對您的信息享有的權利。

舊金山無家可歸和支持性住房(HSH)網上導航和進入(ONE)系統(舊金山無家可歸管理信息系統)是一個數據庫，可以讓HSH與合作機構保存、獲取及共享客戶信息，它是舊金山市府的一個部門，包括公共衛生部(Department of Public Health)和人民服務局(Human Services Agency)，以及其他的社區住房和服務提供者，幫助那些正在經歷或有無家可歸風險的人士，例如，舊金山無家可歸外展團隊(SFHOT)或支持性住房服務提供者。

為了能夠最好地幫助您，信息會收集在ONE系統中，並由合作機構使用或共享。合作機構使用ONE系統中的信息，可以：

- 使客戶能夠獲得適當的住房和其他服務
- 改善市府機構和提供者之間對您的照顧和相關服務的協調性；和
- 繼續尋找改善HSH住房和相關服務的方法
- 如果您獲取HSH的許多無家可歸應對系統(HRS)服務，我們將與相關合作機構共享信息。

使用ONE系統的HSH合作機構的名單可查閱網站: [hsh.sfgov.org https://hsh.sfgov.org/wp-content/uploads/2020/09/HSH-Partner-Agencies-w-ONE-System-Access.pdf](https://hsh.sfgov.org/wp-content/uploads/2020/09/HSH-Partner-Agencies-w-ONE-System-Access.pdf)。

獲取您的信息受聯邦、州和地方法律的限制，可以使用ONE系統或您的信息的任何人都必須簽署一份遵守隱私法的協議(詳情請參閱所附的隱私政策通知)。



通過簽署此表格:

我授權HSH及其合作機構使用和共享收集的關於我的信息，包括無家可歸的時間長短和我的弱點，例如健康信息，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、公用事業補助或其他相關服務。

****僅適用於 San Francisco Health Plan 和 Anthem Blue Cross 會員: 授權和我的醫療計劃共享我的信息****

無家可歸和支持性住房部可以與我的醫療計劃 San Francisco Health Plan 共享我的聯繫信息和住房狀況信息，以協調我的醫療保健。San Francisco Health Plan 的工作人員在需要獲取我受保護的健康和/或個人身份信息以確定我是否有資格獲得服務時，將遵守所有聯邦和州隱私法。

通過簽署此表格，則我明白:

- 合作機構及其工作人員已簽署協議，以維護我的信息的安全性和保密性。我有權查看所有適用的保密政策。
- 我可以拒絕簽署此授權表，但是這將限制我從HSH的非醫療服務機構獲得的服務。
- 授權披露我的信息並不保證我將獲得服務。
- 如果我對自己或他人有直接危險或涉嫌虐待未成年人或殘疾成年人，則可能會共享信息以尋求幫助。
- 我可能會看到或獲得所收集到的有關我的信息的副本(有關更多信息，請參見通知)。
- 我有權獲得此授權表的副本。
- 我可以隨時取消此授權，但我必須以書面形式將其提交到以下地址:
- P.O. Box 427400, San Francisco, CA 94142-7400。如果我取消此授權，將不會收集並共享有關我的更多信息，但不會收回或刪除已經收集或共享的信息。
- 我的信息受聯邦、州和地方管理客戶記錄保密性的法規保護。未經我的書面同意，不得進一步分享我的信息，除非法律另有規定。
- 如果我的記錄中有照片，合作機構可以查看。可以根據需要裁剪或編輯這些照片。
- 使用ONE系統評估HSH住房和服務的合作機構和Bitfocus工作人員(ONE系統管理員)已簽署遵守所有隱私法的協議。



- 醫療、艾滋病毒/艾滋病、心理健康以及毒品和酗酒記錄受到各種聯邦和州法規的保護，包括加州福利和機構法第5328節、醫療信息保密法、加州民法第56.10節(CMIA)、健康保險隱私和責任法45 C.F.R.第160和164部分(“HIPAA”)，以及聯邦藥物濫用患者記錄保密條例第42 C.F.R.第2部分。(有關更多信息，請參見隱私權聲明)
- 除非法律允許或要求，否則未經我同意，HSH和合作機構收到的信息不得與其他人共享。

到期日:

此授權自簽名之日起三年內，在以下日期或此處註明的較早日期:
_____ (填入其他日期，如果適用)

簽名

客戶正楷姓名(戶主/主申請人)或法定代表	客戶簽名(戶主/主申請人)或法定代表	日期

如果由客戶以外的授權人簽名，請註明關係:

--

僅供工作人員使用: 如果客戶/合法代表拒絕簽名，工作人員應說明拒絕原因並簽名:

拒絕原因:

--

工作人員 (正楷姓名)	工作人員 (簽名)	日期

--

職務	組織
----	----