



## Solicitud de vivienda permanente de HSH

Formulario A: Autorización del sistema de respuesta para personas sin hogar para el uso o la divulgación de información [a llenar por el cliente y el personal]

Nombre del cliente en letra de molde: (Jefe de familia/Solicitante principal)	
Fecha de nacimiento del cliente: (Jefe de familia/Solicitante principal)	

Este formulario y el aviso adjunto describen cómo la información personal sobre usted puede ser utilizada y compartida por el Departamento de Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar (HSH) de la Ciudad y el Condado de San Francisco y sus agencias asociadas, y los derechos que usted tiene sobre su información.

El Sistema de Navegación y Entrada en Línea (ONE) del Departamento Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar de San Francisco (el sistema de información de administración de personas sin hogar de la Ciudad) es una base de datos que permite a HSH guardar, acceder y compartir información a nivel de cliente con nuestras agencias asociadas, que son departamentos de la Ciudad de San Francisco, incluyendo al Departamento de Salud Pública y la Agencia de Servicios Humanos, y otros proveedores de vivienda y servicios comunitarios que trabajan con personas que sufren o corren el riesgo de sufrir la falta de hogar. Algunos ejemplos son el Equipo de alcance a personas sin hogar de SF (SFHOT) o los proveedores de servicios en vivienda de apoyo.

Para poder ayudarle mejor, la información se recoge en el Sistema ONE y se utiliza o se comparte con las agencias asociadas. Las agencias asociadas utilizan la información del Sistema ONE con el fin de:

- Enlazar a los clientes con las viviendas adecuadas y otros servicios que puedan recibir
- Mejorar la coordinación de su atención y servicios relacionados entre las agencias de la Ciudad y los proveedores; y
- Seguir buscando formas de mejorar la vivienda y los servicios relacionados de HSH.
- Compartiremos información con las agencias asociadas pertinentes si usted accede a muchos de los servicios del Sistema de Respuesta para Personas Sin Hogar (HRS) de HSH.

La lista de las agencias asociadas a HSH con acceso al sistema ONE se puede encontrar en [hsh.sfgov.org](https://hsh.sfgov.org) <https://hsh.sfgov.org/wp-content/uploads/2020/09/HSH-Partner-Agencies-w-ONE-System-Access.pdf>

El acceso a la información sobre usted está limitado por las leyes federales, estatales y locales y cualquier persona que pueda acceder al sistema ONE o a la información sobre usted debe firmar un acuerdo en el que se compromete a respetar las leyes de privacidad (que se detallan en el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto).



### Al firmar este formulario:

Autorizo a HSH y a sus agencias asociadas a utilizar y compartir la información recopilada sobre mí, incluyendo el tiempo que llevo sin hogar y la información sobre mis vulnerabilidades, como por ejemplo la información de mi salud, para evaluar y coordinar los servicios a los que puedo tener derecho, incluyendo: Vivienda y servicios de HSH, beneficios, ayuda para servicios públicos u otros servicios relacionados.

**\*\*Sólo para miembros del San Francisco Health Plan y Anthem Blue Cross: Autorización para compartir mi información con mi plan de salud\*\***

El Departamento de Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar puede compartir mi información de contacto y la información relativa a mi situación de vivienda con mi plan de salud, el San Francisco Health Plan, con el fin de coordinar mi atención médica. El personal del San Francisco Health Plan cumplirá con todas las leyes federales y estatales de privacidad cuando necesite acceder a la información protegida de mi salud y/o mi información personal de identificación para determinar mi elegibilidad para los servicios.

### Al firmar este formulario, entiendo que

- Las agencias asociadas y su personal han firmado acuerdos para mantener la seguridad y confidencialidad de mi información. Tengo derecho a revisar todas las políticas aplicables de confidencialidad.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, sin embargo, esto limitará los servicios que puedo recibir de los proveedores de atención no médica en HSH.
- Autorizar la divulgación de mi información no garantiza que recibiré servicios.
- La información puede ser compartida para conseguirme ayuda si soy un peligro inmediato para mí o para otros o si se sospecha de abuso de un menor o adulto discapacitado.
- Puedo ver u obtener una copia de la información recopilada sobre mí (para más información, véase el Aviso),
- Tengo derecho a obtener una copia de esta Autorización.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección
- P.O. Box 427400, San Francisco, CA 94142-7400
- Si cancelo esta Autorización, no se recopilará ni compartirá más información sobre mí, pero tampoco se retirará ni se eliminará la información que ya se haya recopilado o compartido.
- Mi información está protegida por las normas federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser compartida sin mi consentimiento por escrito, excepto en los casos previstos por la ley.
- Si mi expediente incluye una fotografía, ésta puede ser vista por las agencias asociadas. La fotografía puede ser recortada o editada según sea necesario.
- Las agencias asociadas y el personal de Bitfocus (administrador del sistema ONE) que utilizan el sistema ONE para evaluar las viviendas y los servicios de HSH han firmado acuerdos en los que se comprometen a respetar todas las leyes de privacidad.



- Entiendo que los registros médicos, de VIH/SIDA, de salud mental y de drogas y alcohol están protegidos bajo distintas regulaciones federales y estatales, incluyendo la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, la Ley de Confidencialidad de la Información Médica, la Sección 56.10 del Código Civil de California (CMIA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 45 C.F.R., partes 160 y 164 ("HIPAA"), y las Regulaciones Federales que Gobiernan la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, 42 C.F.R., Parte 2. (Para obtener más información, consulte el Aviso de Derechos de Privacidad)
- A menos que se permita o se requiera por la ley, la información recibida por HSH y las agencias asociadas no puede ser compartida con nadie más sin mi consentimiento.

**Expiración:**

Esta Autorización expira en tres años a partir de la fecha de la firma abajo, o la fecha anterior anotada aquí: \_\_\_\_\_(inserte la fecha alternativa, si corresponde)

**Firmas**

Nombre en letra de molde del cliente (Jefe de familia/Solicitante principal) o de su representante legal	Firma del cliente (Jefe de familia/Solicitante principal) o de su representante legal	Fecha
<b><i>Si lo firma una persona autorizada que no sea el cliente, indique su relación:</i></b>		
<b><i>Para uso exclusivo del personal: Si el cliente/representante legal se niega a firmar, el personal debe indicar el motivo de la negativa y agregar la firma del miembro del personal:</i></b>		
Motivo de la negativa:		
Miembro del personal (Nombre en letra de molde)	Miembro del personal (Firma)	Fecha
Puesto	Organización	