

ADMINISTRACIÓN

Primer nombre del cabeza de familia:	Apellido del cabeza de familia:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre del segundo cabeza de familia:	Apellido del segundo cabeza de familia:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Esta herramienta es ÚNICAMENTE para familias que están actualmente en una vivienda, pero que consideran que tienen un riesgo inminente de perderla. El "riesgo inminente" será determinado por la persona encuestada. Los tipos de vivienda que califican para esta herramienta son:

- Un apartamento que está a su nombre (en el cual puede permanecer legalmente)
- Una casa de la cual son dueños
- La casa de un padre, familiar o amigo en la que consideran que han estado viviendo permanentemente (no en un lugar que piensen que tienen un límite de tiempo permitido para quedarse)

Renuncia de responsabilidad:

OrgCode Consulting, Inc. (OrgCode) no puede controlar la manera en la cual serán usados, aplicados o integrados los productos de VI-SPDAT y SPDAT, por parte de las comunidades, agencias y personal de primera línea. OrgCode no asume responsabilidad legal o de alguna otra manera, por las decisiones que se tomen o los servicios que se reciben junto con las herramientas.



PRINCIPALES PUNTOS A TRATAR

Cubra los siguientes puntos cada vez que comience a explicar sobre el PR-VI-SPDAT:

- El propósito de hacer este triage con familias que están experimentando crisis de vivienda
- Algunas preguntas son muy personales y es su decisión si desean o no que sus hijos estén presentes. Si desean que sus hijos estén presentes, podrán elegir no responder algunas preguntas frente a ellos, y en este caso se puede explicar que podemos volver a tal pregunta al final o en otro momento si hay alguna persona que pueda cuidar a los hijos por unos minutos.
- El tiempo aproximado que tomará
- Cómo contestar las preguntas (sí, no o respuestas simples de una palabra)
- En caso de no entender una pregunta comunicarle que se le puede explicar de nuevo
- Comunicarle que puede saltar o abstenerse de responder cualquier pregunta, sin penalización
- Dónde se almacenará la información
- La importancia de ser honesto en las respuestas, siempre y cuando se sientan cómodos siéndolo
- Que ciertas respuestas proporcionadas pueden requerir verificación adicional mediante otros recursos (como las especificaciones de alquiler)
- Consentimiento para participar en el proceso

SECCIÓN 1: HIJOS DENTRO DEL HOGAR

1. ¿Cuántos hijos menores de 18 años se encuentran actualmente con usted? _____
2. ¿Cuántos hijos menores de 18 años no se encuentran actualmente con su familia, pero usted tiene razones para creer que se mudarán con usted cuando se le consiga alojamiento? _____
3. ¿Se encuentra algún miembro de su familia embarazada? (*de ser aplicable*) S N NR
4. Por favor indique los hijos dentro de su hogar:

Hijo 1. Primer nombre:	Hijo 1. Apellido:
Hijo 1. Fecha de nacimiento:	Hijo 1. ¿Está con la familia?
Hijo 2. Primer nombre:	Hijo 2. Apellido:
Hijo 2. Fecha de nacimiento:	Hijo 2. ¿Está con la familia?
Hijo 3. Primer nombre:	Hijo 3. Apellido:
Hijo 3. Fecha de nacimiento:	Hijo 3. ¿Está con la familia?
Hijo 4. Primer nombre:	Hijo 4. Apellido:
Hijo 4. Fecha de nacimiento:	Hijo 4. ¿Está con la familia?
Hijo 5. Primer nombre:	Hijo 5. Apellido:
Hijo 5. Fecha de nacimiento:	Hijo 5. ¿Está con la familia?

Colocar puntuación 1 si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- Si hay un padre soltero con 2 o más hijos, y/o un hijo menor de 11 años y/o un embarazo actual.
- Si hay dos padres con 3 o más hijos, y/o un hijo menor de 6 años y/o un embarazo actual.



Quiero hacerle unas preguntas sobre su seguridad en su situación actual.

5. ¿Está actualmente usted o alguien de su familia siendo lastimado o está en riesgo de ser lastimado por otra persona, como un cónyuge, familiar padre o amigo? S N NR
6. ¿Usted o alguien en su familia ha experimentado violencia o amenazas de violencia en los últimos seis meses que ha impactado el sentirse seguro donde usted vive? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 5 o pregunta 6, colocar puntuación 1.

7. Considera usted que su riesgo actual de desalojo es causado por alguna de las siguientes razones:
- a. Una relación que fracasó S N NR
- b. Una relación enfermiza o abusiva S N NR
- c. Su familia o amigos provocaron su crisis de vivienda S N NR
8. ¿Es su riesgo de desalojo actual causado por un trauma o abuso reciente o pasado? S N NR

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 7 y/o pregunta 8, colocar puntuación 1.

Ahora examinaremos otros aspectos de su vida que pueden impactar la posibilidad de obtener vivienda a largo plazo.

9. Tiene algún miembro de su familia en este momento una situación legal pendiente que pueda tener como consecuencia:
- a. Que sea detenido S N NR
- b. Que tenga que pagar multas que no pueda costear S N NR
- c. Que afecte la posibilidad de su familia de encontrar vivienda S N NR
- d. Que afecte dónde puede usted vivir en la comunidad S N NR

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 9, colocar puntuación 1.

10. ¿Alguna vez usted o alguien en su familia realiza cosas que pueden considerarse riesgosas o dañinas, como por ejemplo vender drogas, compartir una jeringa, tener sexo por dinero o cosas similares? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 10, colocar puntuación 1.



11. En los últimos 6 meses usted o alguien en su familia:

- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Ha sido agredido | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Ha amenazado con agredir a otra persona | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Alguien lo ha amenazado con violencia o le ha hecho sentir inseguro | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| e. Alguien ha intentado controlarlo(s) utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente, alguien en su familia o padre | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |

Si respondió **SÍ** a cualquier opción de la pregunta 11, colocar puntuación 1.

12. ¿Alguien lo engaña, manipula, explota u obliga a hacer cosas que usted o alguien de su familia no desea hacer?

- S N NR

Si respondió **SÍ** a la pregunta 12, colocar puntuación 1.

13. ¿En algún momento en los últimos tres años vivió en un refugio, vivienda de transición, en su carro, en la calle, al aire libre o cualquier otro lugar no apto para que las personas vivan?

- S N NR

a. **En caso afirmativo:** ¿cuántas veces sucedió en los últimos tres años?

b. **En caso afirmativo:** ¿cuál es el tiempo total de desamparo si suma todas las veces en los últimos tres años?

 _____ meses

Si respondió **SÍ** a la pregunta 13 y fueron 3 o más episodios y 6 o más meses, colocar puntuación 3.

14. En los últimos seis meses, ¿ha obtenido usted o alguien en su familia apoyo por parte de iglesias, otros grupos religiosos o una organización sin fines de lucro para mantenerse en su vivienda, como por ejemplo, ayuda financiera, ayuda para arreglar asuntos con el propietario, traslado de un apartamento o casa a otra porque el lugar donde se encontraba no era seguro, o algo parecido?

- S N NR

Si respondió **SÍ** a la pregunta 14, colocar puntuación 1.

15. En los últimos seis meses en su vivienda actual, ¿cuántas quejas se han reportado sobre usted o su unidad, por parte de sus vecinos, propietario, inquilino/dueño o la policía?

Colocar puntuación 1 si indica 4 o más quejas.



FAMILIAS EN RIESGO DE DESAMPARO

VERSIÓN AMERICANA 2.0

16. Alguna de las siguientes situaciones le dificulta encontrar o permanecer en una vivienda permanente o conectar con otros recursos que pueden ayudarle:

- a. Una vivienda asequible debido a una discapacidad que requiere un tipo especial de vivienda S N NR
- b. Un historial crediticio bajo S N NR
- c. Restricciones sobre dónde puede vivir su familia debido a problemas legales o antecedentes penales en su vida S N NR
- d. Se requiere una programación escolar especial para un niño S N NR
- e. No cuenta con referencias para una vivienda o cuenta con escasas referencias en su historial de vivienda S N NR
- f. Dificultades para entender o comunicarse en inglés S N NR
- g. Dificultad para establecer un presupuesto o manejar las finanzas S N NR
- h. Problemas de seguridad, como por ejemplo, no poder ocultar su ubicación actual de una persona abusiva del pasado S N NR

Si respondió SÍ a dos o más opciones en la pregunta 16, colocar puntuación 1.

17. ¿Viven actualmente usted y su familia con muchas personas para el espacio que tienen, y hay argumentos o conflictos debido a la falta de espacio? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 17, colocar puntuación 1.

18. Si pudieran quedarse en su vivienda actual, ¿planean mantenerse en ese sitio por al menos los próximos seis meses, de ser legalmente posible? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 18, colocar puntuación 1.

19. ¿Hay alguien que cree que usted o alguien de su familia le debe dinero, como un familiar, amigo, arrendador pasado, negocio, corredor de apuestas, traficante, banco, compañía de tarjeta de crédito, compañía de servicios o persona similar? S N NR

En caso afirmativo:

a. ¿Cuál es el monto total que otros creen que le deben?

Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Si respondió NO a la pregunta 19,
- Si respondió SÍ a la pregunta 19 y el monto total debido es de \$1.000 o más



FAMILIAS EN RIESGO DE DESAMPARO

VERSIÓN AMERICANA 2.0

20. ¿Usted o alguien en su familia obtiene algún dinero por parte del gobierno, un trabajo, trabajar por debajo de la mesa, trabajo ocasional, una herencia, pensión o algo similar?

S N NR

En caso afirmativo:

a. ¿Cuándo es el próximo día en el que recibirá el dinero?

b. ¿Cuál es el monto total que espera recibir?

Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Si respondió NO a la pregunta 20,
- Si respondió SÍ a la pregunta 20 y la opción (a) es en más de 14 días, y/o
- Si respondió SÍ a la pregunta 16 y (b) es menos de la mitad del monto de la pregunta 19(a).

21. ¿Cuál es el monto total de dinero que usted y su familia tiene actualmente, incluyendo dinero en el banco o en inversiones?

Colocar puntuación 1 si el monto es menos de la mitad del monto especificado en la pregunta 19 (a).

22. ¿Hay alguna persona que actualmente le ayuda a usted y su familia a manejar sus finanzas, como un beneficiario, custodio o fideicomisario, por orden de un juez o el gobierno?

S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 22, colocar puntuación 1.

23. En el último año, ¿cuántas veces usted y su familia han recibido adelanto en efectivo o un préstamo de parte de un negocio, banco o persona, del cual no ha pagado el monto completo y el interés que debe es mayor al 15%?

Si respondió 3 o más veces, colocar puntuación 1.

24. ¿Usted o alguien de su familia ha recibido ayuda financiera de parte de familiares o amigos en los últimos tres años para ayudarlo a mantenerse en una vivienda, como por ejemplo, ayudarlo a pagar la renta, atrasos, facturas de servicios públicos para que no le corten la luz o cosas similares, y que debe pagar de vuelta pero no ha podido?

S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 24, colocar puntuación 1.

25. ¿Usted o alguien en su familia realiza apuestas con dinero que no puede permitirse perder o tiene deudas asociadas con apuestas?

S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 25, colocar puntuación 1.

26. ¿Usted o alguien en su familia cuenta con actividades planificadas, distintas a las actividades de supervivencia, por lo menos cuatro días a la semana que le satisfagan y den felicidad?

S N NR

Si respondió NO a la pregunta 26, colocar puntuación 1.



FAMILIAS EN RIESGO DE DESAMPARO

VERSIÓN AMERICANA 2.0

27. La mayoría de los días usted y su familia pueden:

- a. Conseguir un lugar seguro para dormir S N NR
- b. Acceder a un baño cuando lo necesita S N NR
- c. Acceder a una ducha cuando la necesita S N NR
- d. Conseguir comida S N NR
- e. Conseguir agua u otras bebidas sin alcohol para mantenerse hidratado S N NR
- f. Conseguir ropa o tener acceso a una lavandería cuando la necesita S N NR
- g. Guardar sus cosas de forma segura S N NR

Colocar puntuación 1 al responder NO a la pregunta 27 a, b, c, d, e, f o g.

28. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted o alguien en su familia:

de veces

- a. Ha ido a la sala/departamento de emergencias _____
- b. Se lo han llevado en ambulancia _____
- c. Ha sido hospitalizado _____
- d. Utilizó un servicio o línea de ayuda para casos de crisis, como la prevención del suicidio o por violencia doméstica (de pareja o familia) _____
- e. Habló con la policía porque fue testigo de un crimen, fue víctima de un crimen, fue el presunto autor de un crimen o porque le pidieron que se moviera de lugar por estar merodeando, durmiendo en un lugar público u otra situación similar _____
- f. Permaneció una o más noches en la cárcel o celda de detención _____

Si el número total de interacciones equivale a 4 o más, colocar puntuación 1.

29. ¿Tiene alguien en su familia problemas de salud físicos o mentales o problemas cognitivos, incluyendo una lesión cerebral, que requiera asistencia para acceder o mantener una vivienda? S N NR

30. ¿Alguien en su familia es mayor de 60 años? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 29 y/o SÍ a la pregunta 30, colocar puntuación 1.



FAMILIAS EN RIESGO DE DESAMPARO

VERSIÓN AMERICANA 2.0

31. Alguien en su familia utiliza drogas o alcohol de forma tal que:

- a. Impacte su vida de una manera negativa la mayoría del tiempo S N NR
- b. Le dificulte acceder a una vivienda S N NR
- c. Requiera asistencia para mantener una vivienda S N NR

Si respondió **SÍ** a cualquier opción de la pregunta 31, colocar puntuación 1.

32. Hay algún medicamento(s) que por cualquier razón:

- a. Un doctor le indicó a usted o alguien en su familia que debe tomar, pero no está tomando S N NR
- b. El medicamento se vende en vez de tomarlo S N NR
- c. El medicamento se utiliza de otra manera que no sea la indicada S N NR
- d. El medicamento es imposible de tomar, se olvida tomar o decide no tomar S N NR

Si respondió **SÍ** a cualquier opción de la pregunta 29, colocar puntuación 1.

33. ¿Hay algún hijo que haya sido retirado por el servicio de protección de menores en los últimos 6 meses? S N NR

34. ¿Tiene usted algún problema legal familiar como la custodia de hijos, problemas de protección, divorcio o algo similar que está siendo resuelto en la corte o necesita ser resuelto en la corte, y que pueda afectar su alojamiento o quienes puedan vivir en la vivienda? S N NR

Si respondió **SÍ** a la pregunta 33 y/o pregunta 34, colocar puntuación 1.

35. En algún momento en los últimos 6 meses, ¿le han separado a algún hijo de usted para que viva con otro familiar o amigo? S N NR

36. En los últimos 6 meses, ¿algún hijo ha experimentado abuso o trauma? S N NR

37. **En caso de haber hijos en edad escolar:** ¿sus hijos asisten a la escuela con frecuencia cada semana? S N NR

Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- **SÍ** a la pregunta 35,
- **SÍ** a la pregunta 36,
- **NO** a la pregunta 37.



FAMILIAS EN RIESGO DE DESAMPARO

VERSIÓN AMERICANA 2.0

38. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado alguno de los adultos en la familia debido a una relación nueva, una separación, encarcelamiento, despliegue militar o alguna otra situación similar? S N NR

39. ¿Anticipa usted que en los primeros 6 meses de que su familia sea alojada, vengan a vivir con ustedes otros adultos o niños? S N NR

Si respondió SÍ a la pregunta 38 y/o pregunta 39, colocar puntuación 1.

40. ¿Cuenta su familia con un grupo de apoyo cuando necesita ayuda con sus hijos o cuando se le presenta otra situación? S N NR

41. **En caso de haber niños menores de 12 años y niños mayores de 13 años:** ¿pasan los hijos mayores dos o más horas al día ayudando a sus hermanos menores con sus tareas, arreglarlos para la escuela, la cena, bañarlos o cosas similares? S N NR

Si respondió NO a la pregunta 40 y/o SÍ a la pregunta 41, colocar puntuación 1.

PUNTUACIÓN TOTAL



ESCALA DE PUNTUACIÓN	MEDIDAS RECOMENDADAS A TOMAR
Si la puntuación es 22 o más:	ALTA recomendación para apoyo financiero y de manejo de caso
Si la puntuación es entre 16 y 21:	Recomendación para apoyo financiero y/o de manejo de caso
Si la puntuación es entre 11 y 15:	Si los recursos lo permiten, considerar apoyo financiero y/o de manejo de caso
Si la puntuación es 10 o menos:	No se recomienda ningún tipo de apoyo, sin embargo, puede ofrecer referencia para los servicios convencionales

INFORMACIÓN DE CONTACTO

En un día normal, ¿cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted?

Si no pudimos contactarle de esa forma, ¿cuál sería la siguiente manera para ponerse en contacto con usted?



SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Marin City Salud y Bienestar
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	Ritter Center
Buckelew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Gilead House	
Homeward Bound de Marin	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información a ser recopilada y compartida incluye:
 - Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
 - Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
 - Información de vivienda
 - Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
 - Servicios prestados por las agencias asociadas
 - Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
 - Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de

auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Date:

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Marin City Salud y Bienestar
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	Ritter Center
Buckelew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Gilead House	
Homeward Bound de Marin	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información a ser recopilada y compartida incluye:
 - Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
 - Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
 - Información de vivienda
 - Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
 - Servicios prestados por las agencias asociadas
 - Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
 - Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de

auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

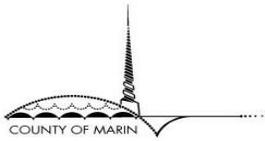
Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Date:



Condado de Marín - Programa de Cuidado Integral de la Persona (WPC) Autorización para Divulgar y/o Intercambiar Registros de Pacientes

El programa WPC del condado de Marín ayuda a las personas a recibir recursos y servicios para mejorar la salud y el bienestar. Esto incluye la coordinación de la asistencia relacionada con la salud y los servicios sociales con organizaciones asociadas como:

- Médicos y proveedores de servicios de salud
- Proveedores de salud mental
- Servicios sociales
- Planes de salud
- Apoyo a la vivienda
- Organizaciones de recursos comunitarios

_____ *Iniciales aquí*

Propósito: Para que las Entidades Participantes del WPC identifiquen y coordinen los servicios, necesitamos su permiso para compartir información relevante con sus proveedores de atención y servicios. Al firmar este formulario, usted acepta permitir que su información de salud, registros, estado de desamparo, información de beneficios y otros datos sean compartidos entre las Entidades Participantes del WPC para coordinar, colaborar y evaluar los servicios médicos, de vivienda y/o de apoyo apropiados, tales como:

- Administración de casos
- Asistencia de beneficios
- Servicios médicos y/o de salud conductual
- Alcance
- Asistencia para la vivienda
- Apoyo a las habilidades para la vida
- Servicios de empleo

Firmar este formulario es su elección. Si no firma este formulario, aún puede recibir servicios médicos, tratamiento u otros servicios, pero el WPC no podrá ayudarlo a coordinarlos.

_____ *Iniciales aquí*

¿Quién puede utilizar y/o compartir su información?

Los tipos de agencias que pueden participar en el programa WPC incluyen departamentos de la ciudad y del condado de Marín, proveedores de servicios de vivienda, clínicas y hospitales, proveedores de salud mental y otros proveedores de servicios sociales. Su información se compartirá con (hacia y desde) estas organizaciones para los fines indicados anteriormente. Esta autorización no permite a los proveedores de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD) compartir los registros de tratamiento sujetos a 42 CFR Parte 2 con ninguna de las entidades participantes. Su información de los tipos de organizaciones mencionadas anteriormente puede ser compartida con los proveedores de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD).

La lista completa y actualizada de participantes, personas y entidades está disponible en la página web de Cuidado Integral de la Persona (Whole Person Care) (desplácese hacia abajo):

<https://www.marinhhs.org/whole-person-care>

Puede escanear este código con tu teléfono para ir a la página web.



_____ *Iniciales aquí*

¿Qué información puede utilizarse y/o compartirse?

La información que puede ser compartida incluye:

- Sus características personales, por ejemplo, el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo.
- Su historial médico, incluyendo cualquier condición mental o física que pueda tener y el tratamiento u otros servicios que haya recibido para esas condiciones
- Estado del VIH, si procede
- La información de su vivienda, por ejemplo, el tipo de vivienda, el estado de la falta de vivienda, la razón de la falta de vivienda
- La información de los servicios sociales que recibe o que puede recibir

_____ *Iniciales aquí*

¿Qué pasa si no firma el formulario??

Las leyes estatales y federales pueden permitir que se comparta cierta información médica protegida entre algunas organizaciones sin una autorización firmada. La firma de este formulario no cambia lo que se puede compartir bajo estas leyes. Por ejemplo, las organizaciones de atención médica pueden compartir su información de salud con fines de tratamiento, pago de servicios y otras operaciones de atención médica. Sin embargo, no pueden compartir información con los administradores de la atención de la vivienda sin este consentimiento.

_____ *Iniciales aquí*

¿Qué pasa después si firma el formulario?

Firmar el formulario permite al equipo del WPC hacer dos cosas: 1) revisar su uso de los sistemas de salud locales y 2) compartir otra información con las organizaciones participantes para ver si usted es elegible para los servicios que podrían estar disponibles y se ajustan a sus necesidades personales. Firmar el ROI puede permitirnos identificar el WPC y otros servicios para los que usted podría ser elegible.

_____ *Iniciales aquí*

Información del cliente

Nombre del Cliente: _____
(Requerido)

CIN de Medi-Cal: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Requerido) (Requerido)

Teléfono Celular: (_____) _____ - _____

(Opcional) Acepto recibir llamadas o mensajes de texto en este número para establecer contacto con el personal del programa. Pueden aplicarse las tarifas estándar de datos.

Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Otro _____
- Rehúso Responder / Desconocido

Identidad de Género:

- Hombre
- Mujer
- Hombre Transgénero / Hombre Trans / Mujer a Hombre (FTM)
- Mujer Transexual / Mujer Trans / Hombre a Mujer (MTF)
 - Género no binario (Genderqueer) (Ni exclusivamente masculino ni femenino)
- Otro _____
- Rehúso Responder / Desconocido

Situación de Vivienda:

- Con Vivienda
- Sin Vivienda
- Con vivienda precaria
- Rehúso Responder / Desconocido

Raza:

- Indio Americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
- Múltiples razas
- Otra _____
- Rehúso Responder / Desconocido

Origen Étnico:

- Hispano o Latino
- No es hispano ni Latino
- Rehúso Responder / Desconocido

Entiendo que tengo derecho a:

- ▶ Rehúso a firmar esta Autorización. Mi negativa no afectará a mi capacidad de obtener tratamiento o servicios o a mi elegibilidad para los beneficios que de otro modo estarían disponibles para mí.
- ▶ Cambiar o revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento. Cualquier información compartida anteriormente con proveedores de tratamientos actuales o pasados no puede ser retirada y mi revocación de compartir sólo se aplica a la información compartida después de que yo le notifique de la cancelación. Puedo hacer que mi administrador de casos u otro proveedor de servicios se comuniquen con el WPC para revocar mi consentimiento o puedo presentar mi solicitud de revocación por escrito a la siguiente dirección:

Programa de Cumplimiento- Departamento de Salud y Servicios Humanos,
Correo Electrónico: HHSCompliance@marincounty.org
20 N. San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903

- ▶ Recibir una copia de esta Autorización y de la lista actual de entidades participantes. También puedo inspeccionar u obtener una copia de la información sobre mi salud y servicios sociales que se comparte en esta Autorización. _____ *Iniciales aquí*

Entiendo que:

- ▶ Cierta información compartida en virtud de esta Autorización puede volver a compartirse con otros bajo ciertas condiciones y puede que ya no esté protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad. Cierta información puede requerir mi permiso por escrito para volver a ser divulgada, a menos que la ley lo permita o lo exija específicamente.
- ▶ El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización. Sin embargo, entiendo que el WPC no puede coordinar mis servicios sin una autorización válida firmada por mí.
- ▶ Esta Autorización expira el (fecha o evento): _____
Si no escribo la fecha o evento arriba, esta autorización permanecerá en vigor durante tres (3) años a partir de la fecha de mi firma o hasta que yo revoque la autorización.

Partes Adicionales: Autorizo a que se comparta la información pertinente con las siguientes personas u organizaciones adicionales:

He leído esta Autorización o me la han leído. Autorizo el uso y el intercambio de mi información de salud y servicios sociales como se describe arriba. _____ *Iniciales aquí*

Firma del Cliente: _____ **Fecha de Hoy:** _____
Cliente o Representante Legal (Requerido) Mes / Día / Año (Requerido)

Autorización Recopilada por: _____
Nombre, Organización (Requerido)

Si el cliente no puede firmar en persona por sí mismo, por favor, llene una de las siguientes secciones:

- 1) Si el ROI está **firmado** por una persona que no sea el cliente, por favor indique el nombre y la parentesco del Representante Legal:

Nombre, Parentesco

2) Si el cliente no puede leer y firma con una X arriba, por favor firme abajo como testigo:

Firma del Testigo: _____ Fecha de Hoy: _____
(Sólo si el cliente no puede leer y firma con una X arriba)

Nombre del Testigo en Letra de Imprenta: _____

3) ¿Está obteniendo el **consentimiento verbal** debido a las medidas de emergencia?

- Sí. En caso afirmativo, por favor, rellene la sección abajo.
- No

Firma de la persona que obtiene el consentimiento verbal: _____

Nombre y Organización en letra de Imprenta: _____

Fecha de Hoy: _____

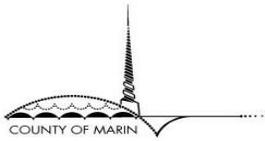
- Pude confirmar la identidad del cliente, usando:
 - Fecha de Nacimiento
 - Dirección
 - Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social
 - Otro _____
- NO pude confirmar la identidad del cliente

- Revisé todas las secciones del ROI con el cliente y puse mis iniciales en cada sección mientras la revisábamos.
- El cliente tenía las siguientes preguntas durante nuestra conversación (por favor, anote las preguntas que tenía a continuación):

Instrucciones para obtener el Consentimiento Verbal durante la orden de quedarse en el hogar por la Emergencia del COVID-19:

- 1) Sigue siendo preferible que discuta el ROI en persona y recoja la firma del cliente en el ROI del WPC si es posible. La opción de obtener el consentimiento verbal sólo debe usarse cuando sea absolutamente necesario. Cuando se determine que la crisis de COVID-19 ha terminado, el consentimiento verbal ya no será aceptado.
- 2) Si no puede discutir el ROI del WPC con sus clientes en persona, por favor asegúrese de verificar la identidad del cliente por teléfono. Debe pedirles que confirmen la información de identificación que usted conoce. Esta podría ser su fecha de nacimiento, su dirección (si la tienen), los últimos 4 dígitos de su número de seguro social, o cualquier otra información que pueda conocer. Por favor, rellene cómo pudo confirmar la identidad del cliente en la página 5. Si no pudo confirmar su identidad, por favor marque esa casilla en la página 5.
- 3) Lea y discuta cada sección del ROI cuidadosamente. Asegúrese de que entienden qué tipo de información puede ser compartida y qué organizaciones participan en el WPC.
- 4) Ponga sus iniciales en cada sección mientras la revisa con el cliente. Documente cualquier pregunta que tengan al final del formulario de ROI.
- 5) Por favor, marque una X en la línea de la firma del cliente en la página 4. Luego llene la sección de consentimiento verbal en la página 5:
 - a. Firme y escriba su nombre en letra de imprenta como la persona que recoge el consentimiento
 - b. Indique la organización con la que trabaja
 - c. Llene la fecha de hoy
 - d. Indique cómo pudo verificar su identidad por teléfono
 - e. Compruebe que ha revisado y puesto sus iniciales en todas las secciones del ROIDocumente si el cliente tuvo alguna pregunta durante su conversación
- 6) Una vez que el ROI esté lleno, llene un formulario de candidato y cárguelo al WIZARD como lo haría normalmente en su organización.
- 7) Si tiene una dirección para el cliente, por favor envíele una copia del formulario después de reunir el consentimiento verbal con instrucciones para firmarlo y devolvérselo. Si recibe la copia firmada, por favor escanee esa copia y cárguela al WIZARD.

Por favor, póngase en contacto con marinWPCquestions@marincounty.org o Keira Armstrong en keira@intrepidascend.com o 510-919-7861 si tiene alguna pregunta sobre el ROI o la obtención del consentimiento verbal.



Condado de Marín - Programa de Cuidado Integral de la Persona (WPC) Autorización para Divulgar y/o Intercambiar Registros de Pacientes

El programa WPC del condado de Marín ayuda a las personas a recibir recursos y servicios para mejorar la salud y el bienestar. Esto incluye la coordinación de la asistencia relacionada con la salud y los servicios sociales con organizaciones asociadas como:

- Médicos y proveedores de servicios de salud
- Proveedores de salud mental
- Servicios sociales
- Planes de salud
- Apoyo a la vivienda
- Organizaciones de recursos comunitarios

_____ *Iniciales aquí*

Propósito: Para que las Entidades Participantes del WPC identifiquen y coordinen los servicios, necesitamos su permiso para compartir información relevante con sus proveedores de atención y servicios. Al firmar este formulario, usted acepta permitir que su información de salud, registros, estado de desamparo, información de beneficios y otros datos sean compartidos entre las Entidades Participantes del WPC para coordinar, colaborar y evaluar los servicios médicos, de vivienda y/o de apoyo apropiados, tales como:

- Administración de casos
- Asistencia de beneficios
- Servicios médicos y/o de salud conductual
- Alcance
- Asistencia para la vivienda
- Apoyo a las habilidades para la vida
- Servicios de empleo

Firmar este formulario es su elección. Si no firma este formulario, aún puede recibir servicios médicos, tratamiento u otros servicios, pero el WPC no podrá ayudarlo a coordinarlos.

_____ *Iniciales aquí*

¿Quién puede utilizar y/o compartir su información?

Los tipos de agencias que pueden participar en el programa WPC incluyen departamentos de la ciudad y del condado de Marín, proveedores de servicios de vivienda, clínicas y hospitales, proveedores de salud mental y otros proveedores de servicios sociales. Su información se compartirá con (hacia y desde) estas organizaciones para los fines indicados anteriormente. Esta autorización no permite a los proveedores de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD) compartir los registros de tratamiento sujetos a 42 CFR Parte 2 con ninguna de las entidades participantes. Su información de los tipos de organizaciones mencionadas anteriormente puede ser compartida con los proveedores de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD).

La lista completa y actualizada de participantes, personas y entidades está disponible en la página web de Cuidado Integral de la Persona (Whole Person Care) (desplácese hacia abajo):

<https://www.marinhhs.org/whole-person-care>

Puede escanear este código con tu teléfono para ir a la página web.



_____ *Iniciales aquí*

¿Qué información puede utilizarse y/o compartirse?

La información que puede ser compartida incluye:

- Sus características personales, por ejemplo, el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo.
- Su historial médico, incluyendo cualquier condición mental o física que pueda tener y el tratamiento u otros servicios que haya recibido para esas condiciones
- Estado del VIH, si procede
- La información de su vivienda, por ejemplo, el tipo de vivienda, el estado de la falta de vivienda, la razón de la falta de vivienda
- La información de los servicios sociales que recibe o que puede recibir

_____ *Iniciales aquí*

¿Qué pasa si no firma el formulario??

Las leyes estatales y federales pueden permitir que se comparta cierta información médica protegida entre algunas organizaciones sin una autorización firmada. La firma de este formulario no cambia lo que se puede compartir bajo estas leyes. Por ejemplo, las organizaciones de atención médica pueden compartir su información de salud con fines de tratamiento, pago de servicios y otras operaciones de atención médica. Sin embargo, no pueden compartir información con los administradores de la atención de la vivienda sin este consentimiento.

_____ *Iniciales aquí*

¿Qué pasa después si firma el formulario?

Firmar el formulario permite al equipo del WPC hacer dos cosas: 1) revisar su uso de los sistemas de salud locales y 2) compartir otra información con las organizaciones participantes para ver si usted es elegible para los servicios que podrían estar disponibles y se ajustan a sus necesidades personales. Firmar el ROI puede permitirnos identificar el WPC y otros servicios para los que usted podría ser elegible.

_____ *Iniciales aquí*

Información del cliente

Nombre del Cliente: _____
(Requerido)

CIN de Medi-Cal: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Requerido) (Requerido)

Teléfono Celular: (_____) _____ - _____

(Opcional) Acepto recibir llamadas o mensajes de texto en este número para establecer contacto con el personal del programa. Pueden aplicarse las tarifas estándar de datos.

Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Otro _____
- Rehúso Responder / Desconocido

Identidad de Género:

- Hombre
- Mujer
- Hombre Transgénero / Hombre Trans / Mujer a Hombre (FTM)
- Mujer Transexual / Mujer Trans / Hombre a Mujer (MTF)
 - Género no binario (Genderqueer) (Ni exclusivamente masculino ni femenino)
- Otro _____
- Rehúso Responder / Desconocido

Situación de Vivienda:

- Con Vivienda
- Sin Vivienda
- Con vivienda precaria
- Rehúso Responder / Desconocido

Raza:

- Indio Americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
- Múltiples razas
- Otra _____
- Rehúso Responder / Desconocido

Origen Étnico:

- Hispano o Latino
- No es hispano ni Latino
- Rehúso Responder / Desconocido

Entiendo que tengo derecho a:

- ▶ Rehúso a firmar esta Autorización. Mi negativa no afectará a mi capacidad de obtener tratamiento o servicios o a mi elegibilidad para los beneficios que de otro modo estarían disponibles para mí.
- ▶ Cambiar o revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento. Cualquier información compartida anteriormente con proveedores de tratamientos actuales o pasados no puede ser retirada y mi revocación de compartir sólo se aplica a la información compartida después de que yo le notifique de la cancelación. Puedo hacer que mi administrador de casos u otro proveedor de servicios se comuniquen con el WPC para revocar mi consentimiento o puedo presentar mi solicitud de revocación por escrito a la siguiente dirección:

2) Si el cliente no puede leer y firma con una X arriba, por favor firme abajo como testigo:

Firma del Testigo: _____ Fecha de Hoy: _____
(Sólo si el cliente no puede leer y firma con una X arriba)

Nombre del Testigo en Letra de Imprenta: _____

3) ¿Está obteniendo el **consentimiento verbal** debido a las medidas de emergencia?

- Sí. En caso afirmativo, por favor, rellene la sección abajo.
- No

Firma de la persona que obtiene el consentimiento verbal: _____

Nombre y Organización en letra de Imprenta: _____

Fecha de Hoy: _____

- Pude confirmar la identidad del cliente, usando:
 - Fecha de Nacimiento
 - Dirección
 - Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social
 - Otro _____
- NO pude confirmar la identidad del cliente

- Revisé todas las secciones del ROI con el cliente y puse mis iniciales en cada sección mientras la revisábamos.
- El cliente tenía las siguientes preguntas durante nuestra conversación (por favor, anote las preguntas que tenía a continuación):

Instrucciones para obtener el Consentimiento Verbal durante la orden de quedarse en el hogar por la Emergencia del COVID-19:

- 1) Sigue siendo preferible que discuta el ROI en persona y recoja la firma del cliente en el ROI del WPC si es posible. La opción de obtener el consentimiento verbal sólo debe usarse cuando sea absolutamente necesario. Cuando se determine que la crisis de COVID-19 ha terminado, el consentimiento verbal ya no será aceptado.
- 2) Si no puede discutir el ROI del WPC con sus clientes en persona, por favor asegúrese de verificar la identidad del cliente por teléfono. Debe pedirles que confirmen la información de identificación que usted conoce. Esta podría ser su fecha de nacimiento, su dirección (si la tienen), los últimos 4 dígitos de su número de seguro social, o cualquier otra información que pueda conocer. Por favor, rellene cómo pudo confirmar la identidad del cliente en la página 5. Si no pudo confirmar su identidad, por favor marque esa casilla en la página 5.
- 3) Lea y discuta cada sección del ROI cuidadosamente. Asegúrese de que entienden qué tipo de información puede ser compartida y qué organizaciones participan en el WPC.
- 4) Ponga sus iniciales en cada sección mientras la revisa con el cliente. Documente cualquier pregunta que tengan al final del formulario de ROI.
- 5) Por favor, marque una X en la línea de la firma del cliente en la página 4. Luego llene la sección de consentimiento verbal en la página 5:
 - a. Firme y escriba su nombre en letra de imprenta como la persona que recoge el consentimiento
 - b. Indique la organización con la que trabaja
 - c. Llene la fecha de hoy
 - d. Indique cómo pudo verificar su identidad por teléfono
 - e. Compruebe que ha revisado y puesto sus iniciales en todas las secciones del ROI
Documente si el cliente tuvo alguna pregunta durante su conversación
- 6) Una vez que el ROI esté lleno, llene un formulario de candidato y cárguelo al WIZARD como lo haría normalmente en su organización.
- 7) Si tiene una dirección para el cliente, por favor envíele una copia del formulario después de reunir el consentimiento verbal con instrucciones para firmarlo y devolvérselo. Si recibe la copia firmada, por favor escanee esa copia y cárguela al WIZARD.

Por favor, póngase en contacto con marinWPCquestions@marincounty.org o Keira Armstrong en keira@intrepidascend.com o 510-919-7861 si tiene alguna pregunta sobre el ROI o la obtención del consentimiento verbal.