



MOSBE: Salinas, Monterey y San Benito

Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO DEL CLIENTE

_____ es una agencia asociada del “Homeless Management Information System o HMIS por sus siglas en inglés, que significa Sistema de información de gestión de personas sin hogar. HMIS es un sistema compartido de base de datos para personas sin hogar y vivienda, administrado por la red de servicios o “Continuum of Care” del Condado de Monterey, Salinas, y San Benito. HMIS puede mejorar los servicios y programas para personas sin hogar y de bajos ingresos al permitir que el personal autorizado de las agencias asociadas comparta información del cliente y siga las tendencias de servicio a lo largo del tiempo. HMIS opera a través del Internet y utiliza muchas medidas de seguridad para garantizar la confidencialidad.

La participación en el programa HMIS es importante para la capacidad de nuestra comunidad, para brindarle los mejores servicios, al igual que oportunidades de vivienda. A medida que reciba los servicios, se recopilará información sobre usted, los servicios que se le brindan, y como estos servicios le ayudaron.

- Su nombre y otra información de identificación **no se compartirán** con ninguna agencia que no participe en el sistema (a menos que así lo exija la ley).
- Es posible que su nombre, sexo, raza, número de seguro social y fecha de nacimiento se comparta con las agencias asociadas con fines de identificación, incluso si elige no compartir otra información relevante.
- La información confidencial, como el diagnóstico o el tratamiento de trastornos de salud mental, trastornos de drogas o alcohol, VIH-SIDA o problemas de violencia doméstica, no se compartirá entre las agencias asociadas sin un consentimiento por escrito.
- Una lista de agencias asociadas estará disponible bajo pedido.

CA-506 utiliza HMIS para el proceso de Entrada Coordinada, conocido localmente como CARS (Sistema Coordinado de Evaluación y Referencia), por lo tanto, es un sistema compartido. Al firmar a continuación, autoriza a las agencias y grupos de servicios apropiados en la red CA-506 CARS para obtener la siguiente información sobre el uso de su servicio:

- Historial de su uso de refugios
- Obstáculos al encontrar vivienda
- Elegibilidad de programas de vivienda
- Nombres de proveedores de servicios sociales actuales y pasados

Estas agencias participantes tendrán acceso a la información que usted acepta compartir. Al compartir sus datos, los proveedores CA-506 de servicios para personas sin hogar, pueden ver si tienen servicios de vivienda que se adapten a sus necesidades. Sin embargo no garantiza que recibirá vivienda.

Usted confirma y entiende que:

- Usted autoriza que su información ingresada en HMIS es voluntaria, usted tiene el derecho a negarse a dar su consentimiento a esta autorización.
- Si no da su consentimiento, es posible que sus servicios no estén completamente coordinados. Sin embargo, los servicios no serán retenidos. El acceso a los refugios seguirá disponible.
- Puede cambiar o cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la Coalición de Proveedores de Servicios para Personas sin Hogar y solicitando que se cancele este formulario.
- La lista de agencias que pueden acceder a su información puede cambiar, en cualquier momento, sin previo aviso.

- Puede solicitar una lista de las agencias actuales con acceso a su información a su discreción.
- Esta autorización entra en vigencia hoy y expira dentro de tres años.

Por favor ponga sus iniciales en uno de los siguientes niveles de consentimiento:

- _____ (1) Doy autorización para que mi información básica y relevante sea ingresada en HMIS y compartida entre las agencias asociadas. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de toda la información compartida entre las agencias asociadas.
- _____ (2) Doy autorización para que mi información básica y pertinente sea ingresada en HMIS, pero no compartida entre agencias asociadas.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero la cancelación no será retroactiva. Entiendo que esta versión es válida por tres años a partir de la fecha de mi firma. Una copia de esta autorización es válida al igual que el original.

Nombre del cliente

Firma del cliente

Fecha

Nota: Se requiere una autorización separada que cumpla con HIPAA para la divulgación de cualquier información de salud del paciente, incluida la información de salud mental y de drogas y alcohol protegida por cualquier ley de privacidad estatal o federal, incluida, entre otras, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud ("HIPAA"), 45 CFR partes 160 y 164, Ley de Confidencialidad de Información Médica de California ("CMIA"), Códigos Civiles secciones 56-56.16, Código de Bienestar e Instituciones sección 5328, o 42 C.F.R. parte 2.1 y siguientes.