



Revelación de información de un cliente de HMIS

Agencia asociada _____

¡Bienvenido! Usted se está inscribiendo en uno de los programas asociados a la Asociación de Atención Continua para las Personas sin Hogar del condado de Westchester (CoC). Para poder dar un servicio más efectivo y eficiente, debemos recopilar datos relevantes para nuestro sistema de información para el manejo de personas sin hogar (HMIS). Esta base de datos segura y confidencial, operada por representantes capacitados, permite a los proveedores trabajar junto con usted para asegurarse de que está recibiendo puntualmente todos los servicios de vivienda que necesita. Más allá de ello, su participación en HMIS permite a CoC hacer un cálculo exacto de las personas sin hogar o que están en riesgo de quedarse sin hogar en el condado de Westchester. Esto nos ayuda a mejorar nuestro sistema de servicio actual y a planificar nuevos servicios. Necesitamos recopilar información personal básica para asegurarnos de que las personas no se cuenten dos veces, si más de una agencia recibe los servicios. Necesitamos: NOMBRE COMPLETO; FECHA DE NACIMIENTO; NÚMERO DE SEGURO SOCIAL; SEXO; RAZA; ORIGEN ÉTNICO; ESTADO DE DISCAPACIDAD; ESTATUS DE VETERANO; y DIRECCIÓN. Tiene derecho a restringir esta información a una sola agencia si quiere, puede hacerlo en cualquier momento.

Revise la información de abajo y firme/feché donde se indica. [Nota para el personal, si trabaja con una familia, complete también la parte de atrás de este formulario].

Entiendo que esta agencia ingresará mi información personal básica en el sistema de información para el manejo de personas sin hogar (HMIS) ClientTrack. La información que di es verdadera y correcta. Mi información personal básica la pueden compartir entre los proveedores de servicios locales autorizados para que me pueda conectar a los servicios.

Entiendo que mi información en HMIS la puede usar la agencia, la Asociación de Atención Continua para las Personas sin Hogar del condado de Westchester y la Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad (OTDA) del estado de Nueva York para investigaciones relacionadas con las personas sin hogar y los programas de vivienda, necesidades de servicios, apoyos para ingresos, educación y empleo y eficacia del programa. Mi nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social o cualquier otra información que me identifique nunca será visible para nadie en OTDA y nunca aparecerá en ningún informe o publicación.

Un representante de la agencia respondió las preguntas sobre mis preocupaciones de privacidad.

Firmando este formulario de revelación, entiendo completamente los términos y condiciones de arriba.

NOMBRE DEL CLIENTE
[EN LETRA DE MOLDE]

FECHA

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

NOMBRE DEL PERSONAL AUTORIZADO
[EN LETRA DE MOLDE]

FECHA

FIRMA AUTORIZADA

FECHA



Revelación de información de un cliente de HMIS

CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Un adulto, cabeza de familia, puede dar el consentimiento en nombre de los familiares para compartir la información en HMIS.

NOMBRE DEL MIEMBRO 1 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 1 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 2 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 3 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 4 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 5 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 6 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 7 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]

NOMBRE DEL MIEMBRO 8 DEL GRUPO FAMILIAR
[EN LETRA DE MOLDE]

CABEZA DE FAMILIA
[ESCRIBA SUS INICIALES]