

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE DEL HMIS

Nombre de la agencia: _____

Apellido:	Primer nombre:	Inicial segundo nombre:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Personal que completa la evaluación:	Fecha de evaluación (mm/dd/aaaa):

Introducción: La protección de su información es importante para nosotros. Este documento describe cómo usamos y protegemos su información. Muchos albergues y programas de ayuda de Carolina del Norte utilizan el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Vivienda (HMIS) administrado por la Coalición de Carolina del Norte para Acabar con la Falta de Vivienda (*North Carolina Coalition to End Homelessness*, NCCEH) para mantener información sobre las personas a las que ayudan. Este formulario define qué datos de clientes se comparten entre agencias. Puede encontrar una lista completa de los proveedores participantes en esta área en ncceh.org/hmis/clientconsent.

Las agencias incluidas recopilarán información personal directamente de usted y de su grupo familiar para determinar su elegibilidad para los servicios y para conectarlo con otras agencias de ayuda. **Las agencias solo recopilan información personal que sea apropiada para conseguirle alojamiento y así mejorar los programas y las vidas de las personas que se encuentran sin vivienda.** La recopilación y el uso de toda la información personal se rigen por estrictos estándares de confidencialidad.

Solo utilizamos su información personal de maneras que puedan beneficiarlo directa o indirectamente de la siguiente manera:

- Para proporcionar o coordinar servicios en nombre de un individuo o un grupo familiar;
- Para el pago o reembolso de servicios;
- Para llevar a cabo funciones administrativas, incluidas, entre otras, funciones de supervisión y de gestión; o
- Para la elaboración de informes según lo definido en el Aviso de Privacidad (disponible a pedido)

SECCIÓN 1 – Información estándar del HMIS de NCCEH

La **información estándar** puede ser vista por todas las agencias participantes que utilizan nuestra implementación del HMIS. Esta información nos permite eliminar la duplicación de archivos y seleccionar el registro correcto. Todas las personas que utilizan el HMIS están capacitadas y certificadas en privacidad.

¿Qué información se comparte sobre usted en el HMIS?

- Nombre
- Edad/año de nacimiento
- Estatus de veterano
- Género
- Parte del número de seguro social

Si tiene alguna inquietud sobre la privacidad, puede marcar No para que sólo nuestra Agencia pueda ver esta información. Rechazar el intercambio de información estándar puede generar perfiles duplicados y brechas en su historial de servicio.

SECCIÓN 2 – Intercambio de datos locales

Nuestra agencia ha acordado compartir información sobre los clientes en el HMIS con otras agencias. Esto significa que su información será visible para los usuarios del HMIS de aquellas otras agencias que coordinan localmente y que su información podrá analizarse verbalmente, por escrito, electrónicamente o en documentos descargados del HMIS. Si decide compartirla, se podrá compartir tanto su información actual como su información histórica. Puede encontrar una lista de las agencias con las que compartimos información buscando el nombre de nuestra agencia en: ncceh.org/hmis/clientconsent.

¿Qué información se comparte sobre usted en el HMIS con estas agencias locales?

- Nombre
- Edad/año de nacimiento
- Estatus de veterano
- Género
- Parte del número de seguro social
- Información demográfica (por ej., raza, veterano)
- Información sobre ingresos y beneficios
- Información de discapacidad
- Inscripción a programas, servicios y derivaciones
- Notas de entrada coordinada (CE)
- Estado de violencia doméstica
- Evaluación de vivienda de entrada coordinada
- Historial de vivienda, falta de vivienda y servicios que se le brindaron

Si tiene alguna inquietud sobre la privacidad, puede marcar No para que sólo nuestra Agencia pueda ver esta información. Rechazar el intercambio de datos locales puede resultar en demoras en la prestación de servicios que dependen de la coordinación.

Sus derechos:

- Su negativa a compartir información en este sistema no impedirá servicios como asistencia de emergencia, alcance comunitario, albergue o asistencia de vivienda. La confirmación de su elegibilidad puede retrasarse, lo que podría retrasar las derivaciones.
- No utilizaremos ninguna información que usted proporcione relacionada con raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, estado familiar y orientación sexual real o percibida, identidad de género o estado civil de ninguna manera que pueda discriminarlo o impedirle recibir servicios o asistencia de vivienda. Tiene derecho a presentar una queja si se siente discriminado.
- Puede solicitar una copia del Aviso de Privacidad de esta agencia que explica el uso del HMIS y sus derechos y responsabilidades asociados respecto de cómo se guarda y comparte la información a través de este sistema.
- Usted tiene derecho, mediante solicitud escrita a su agencia de servicio, a ver su información, solicitar cambiarla y obtener una copia. Una agencia puede negarse a cambiar información en su registro, pero debe proporcionarle una explicación por escrito del rechazo dentro de los 60 días posteriores a la solicitud. Las agencias tienen permitido cobrar por reproducir un registro.
- Puede retirar su consentimiento para compartir su información en cualquier momento escribiendo al personal identificado en nuestro Aviso de Privacidad de la agencia. Sin embargo, cualquier información ya compartida con otra agencia no podrá ser recuperada. Debe informar directamente a cada agencia con la que trabaja cuando retira su consentimiento.
- La confidencialidad de sus registros está protegida por ley. Esta agencia nunca entregará información sobre usted a nadie fuera de la agencia sin su consentimiento específico por escrito a través de esta divulgación o según lo requiera la ley (las regulaciones son la Ley Federal de Confidencialidad para Pacientes con Abuso de Alcohol y Drogas, (42 CFR, Parte 2) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 CRF, Partes 160 y 164) y ciertas leyes de Carolina del Norte.

Esta autorización tiene una vigencia de un año a partir de la fecha de la firma.

Instrucciones: Marque junto a la declaración que usted entiende y acepta:

Acepto que la información mencionada se comparta con todas las agencias de ayuda de los grupos mencionados.

SECCIÓN 1 – Información estándar del HMIS

- ☐ Sí, acepto compartir mi información estándar en HMIS para eliminar duplicados.
- ☐ No, no acepto compartir mi información estándar en HMIS.

SECCIÓN 2 – Intercambio de datos locales

- ☐ Sí, acepto compartir mi información en HMIS para la coordinación local.
- ☐ No, no acepto compartir mi información en HMIS (solo nuestra agencia verá toda su información detallada).

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor o representante autorizado (cuando se requiera): _____

Relación con el cliente: _____ Fecha de firma del tutor/representante autorizado: _____

Esta divulgación de información también se aplica a los siguientes dependientes:

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento