Divulgación de información y consentimiento informado del cliente

IMPORTANTE: no incluya información que revele la identidad personal en HMIS para los clientes que están: 1) en las agencias DV o; 2) huyendo actualmente o en peligro debido a la violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o situación de acoso; 3) recibiendo servicios en un programa que requiere una divulgación del estado de VIH/SIDA (es decir; HOPWA); o 4) que son menores de 18 años sin padres o sin tutor legal que dé su consentimiento para compartir la información del menor en HMIS.
*Si esto aplica a su caso, **DETÉNGASE- No firme este formulario.***

Esta agencia participa en el Sistema de Administración de Información de las Personas sin Hogar (Homeless Management Information System, HMIS) del Estado de Washington al recopilar información, con el tiempo, sobre las características y necesidades de servicio de los hombres, mujeres y niños que no tienen hogar. **RCW 43.185C.180**

- Para brindar los servicios más eficaces en cuanto a lograr que las personas sin hogar consigan una vivienda permanente, necesitamos un conteo exacto de todas las personas que no tienen hogar en el estado de Washington. Para asegurarnos de no contar dos veces a los clientes, necesitamos recopilar cuatro piezas de información personal. Específicamente, necesitamos**: nombre, fecha de nacimiento, raza/etnia y dirección permanente**. También puede elegir proporcionar su número de seguro social. Sin embargo, firmar este formulario no requiere que lo haga. Su información se guardará en nuestra base de datos durante 7 años. Si tiene preguntas acerca de la recopilación de datos o sobre sus derechos en cuanto a la información que incluye su identificación personal, comuníquese con el Administrador del sistema de HMIS al: (360) 725-2982.
- Utilizamos estrictas políticas de seguridad diseñadas para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computación es altamente seguro y utiliza características de protección actualizadas tales como el cifrado de datos, contraseñas y revisiones de identidad necesarias para cada usuario del sistema. Existe un pequeño riesgo de una brecha de seguridad y alguien puede obtener y utilizar su información de manera inadecuada. Si alguna vez sospecha que los datos en HMIS se han utilizado de manera incorrecta, comuníquese de inmediato con el Administrador del sistema HMIS al: (360) 725-2982.
- Los datos que proporcione se combinarán con los datos del Departamento de Servicios de Salud y Sociales (Department of Social and Health Services, DSHS) con el propósito de hacer un análisis más minucioso. Su nombre y otra información de identificación no se incluirá en ningún informe ni publicación. Solo un número limitado de miembros del personal, que han firmado acuerdos de confidencialidad, podrán ver esta información. Su información no se utilizará para determinar la elegibilidad para los programas de DSHS. Los administradores del sistema HMIS del estado de Washington tienen acceso completo a toda la información en HMIS. Esto incluye al personal del Departamento de Comercio, diseñado por los administradores del sistema HMIS y el proveedor de software.
- Al firmar este formulario, usted acepta y permite que el personal del Departamento de Comercio obtenga los registros adicionales de información de otras agencias estatales con las cuales existe un acuerdo de distribución de datos sobre este expediente entre el Departamento de Comercio y otra agencia. Nuestro acuerdo de distribución de datos guía la transferencia de datos y los protocolos de seguridad de almacenamiento. Si los acuerdos de distribución de datos están establecidos, el Departamento de Comercio está autorizado por usted para obtener, agregar a HMIS y utilizar cualquier otro dato para propósitos de evaluación que usted haya brindado a otras agencias del estado de Washington.
- Su decisión de participar en HMIS no afectará la calidad ni la cantidad de servicios que tiene derecho de recibir de esta agencia y no se utilizará para denegar el alcance, asistencia, refugio ni vivienda. Sin embargo, si elige participar, los servicios en la región pueden mejorar si tenemos información exacta sobre las personas sin hogar y los servicios que necesitan. Además, algunos contribuyentes PUEDEN requerir que autorice que su información se proporcione a HMIS para que pueda recibir los servicios de esa fuente de financiamiento.

Comprendo las declaraciones anteriores y acepto la inclusión de mi información personal en HMIS y de cualquier dependiente que se mencione a continuación y autorizo que la información recopilada se comparta con las agencias asociadas. Comprendo que mi información personal no se hará pública y solo se utilizará con estricta confidencialidad. También comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento al presentar un formulario de 'Revocación de consentimiento del cliente' en esta agencia.

Niños dependientes menores de 18 años que sean parte del grupo familiar, si existe alguno (Escriba con letra de molde el nombre y apellido):

_____ _____

_____ _____

_____ _____
Firma del cliente (Padre/tutor legal) Fecha

_____ _____ _____
Nombre del cliente Fecha de nacimiento Nombre del personal de la agencia Iniciales
(Escriba con letra de molde claramente) (Escriba con letra de molde claramente)
Consentimiento rechazado por el cliente _____
(Iniciales del personal de la agencia)

Este formulario no podrá ser modificado excepto por la aprobación del Departamento de Comercio del estado de Washington
Aprobado como formulario por Sandra Adix, Asistente del Fiscal General, 22/3/2016