

### Revocación del consentimiento del cliente

Revoco mi autorización para que \_\_\_\_\_ (Agencia) tenga o ingrese información de identificación personal sobre mí y/o mis hijos dependientes menores de 18 años de edad en el Sistema de información de administración de personas sin hogar del estado de Washington (Washington State Homeless Management Information System, HMIS).

#### Información de identificación que debe eliminarse del sistema:

(Marque cualquier información a continuación que deba eliminarse del HMIS)

- Mi nombre y apellido
- Mi número de Seguro Social
- Mi día y mes de nacimiento
- Mi última dirección permanente
- Mi número de teléfono
- Mi origen étnico
- Mi raza

#### Si corresponde: información de identificación de hijos menores que debe eliminarse del sistema:

(Marque cualquier información a continuación que deba eliminarse del HMIS)

##### Introduzca el(los) nombre(s) del(de los) niño(s):

- Nombre y apellido del niño \_\_\_\_\_
- Número de Seguro Social del niño \_\_\_\_\_
- Día y mes de nacimiento el niño \_\_\_\_\_
- Última dirección permanente del niño \_\_\_\_\_
- Número de teléfono del niño \_\_\_\_\_
- Origen étnico del niño \_\_\_\_\_
- Raza del niño \_\_\_\_\_

#### Toda la información que no sea de identificación, permanecerá en el sistema:

Sexo	Educación
Año de nacimiento	Respuestas sobre ingreso/salida del programa
Cualquier otra información de identificación	

Entiendo que continuaré recibiendo los mismos servicios de esta agencia, ya sea que les permita o no introducir información personal de identificación sobre mi persona en el HMIS.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (padre/madre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente en letra de molde (escribir claramente en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo de la agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del personal de la agencia en letra de molde (escribir claramente en letra de molde)