

## Permiso de Información y Consentimiento Informado del Cliente

**IMPORTANTE:** No escribe información de identificación personal en el HMIS para clientes quienes están: 1) en agencias de DV o; 2) están actualmente huyendo o en peligro de violencia doméstica, violencia de parejas, asalto sexual o situaciones de acoso; 3) están siendo servidos en un programa que requiere que se revele su estatus de SIDA (ej. HOPWA); o 4) menores de 13 años o menos sin padres o guardián disponibles para consentir de escribir información del menor en el HMIS.

Si esto aplica a usted, **DETÉNGASE- No ponga su firma en esta forma.**

Esta agencia participa en el Sistema de Información de Manejo de Personas sin Hogar del Estado de Washington (HMIS) recolectando información, de vez en cuando sobre las características y servicios necesarios de las personas que se encuentran sin hogar. **RCW 43.185C.180 and RCW 43.185C.030**

- Para proveer los servicios más efectivos de mover personas de la condición de estar sin hogar a hogares permanentes, necesitamos un número acertado de todas las personas experimentando el vivir sin hogar en el estado de Washington. Para asegurar que los clientes no son duplicados en el contaje, necesitamos coleccionar cuatro piezas de información de identificación personal. Especialmente coleccionamos: **nombre, fecha de nacimiento, y raza/etnicidad.** Usted puede proveer también su número de Seguro Social. No obstante, no se requiere que firme esta forma. Su información será reservada en nuestra base de datos por 7 años después de la última fecha de servicio. Si tiene preguntas sobre la recolección de datos o de sus derechos con relación a su información de identificación personal. Llame al Administrador de Sistemas de la HMSI al: (360) 725-3028.
- Usamos estrictamente pólizas de seguridad designadas para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computadoras está altamente asegurado y usa protección actualizada con características tales como cifrados de data, contraseña. Y dos factores de autenticación requeridos a cada persona que lo use. Hay un pequeño riesgo de violación de seguridad y alguien podría obtener y usar su información de forma inapropiada. Si usted sospecha que la data en HMIS ha sido abusado, comuníquese inmediatamente con el Administrador de Sistemas del HMIS al (360) 725-3028
- La data que usted provee puede ser combinado con la data del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (DSHS) y el Centro de Data e Investigación de Educación para los propósitos de hacer análisis más adelante. Su nombre y otra información de identificación no serán incluidas en ningún reporte o publicación. Solo un número limitado de empleados, quienes han firmado acuerdos de confidencialidad, podrán ver esta información. Su información no será usada para determinar elegibilidad en los programas del DSHS. Los administradores de sistemas del HMIS del Estado de Washington tiene total acceso de toda información en el HMIS. Esto incluye los empleados del Departamento de Comercio, designados administradores de sistemas del HMIS y proveedores de software.
- Al firmar esta forma, usted reconoce y permite que los empleados del Departamento de Comercio obtengan información adicional de otras agencias del estado de donde hay un acuerdo de compartir información (DSA) archivados entre el Departamento de Comercio y otras agencias. Nuestro DSA guía los protocolos de seguridad de almacenamiento y transferencia de datos. Si los DSA están alocados, el Departamento de Comercio está autorizado por usted para obtener, añadir al HMIS, y usar para propósito de evaluación y cualquier otra data que usted haya provisto a otra agencia del estado.
- Su decisión para participar en el HMIS no afectará la calidad o cantidad de servicios que usted ha sido elegido para recibir de esta agencia, y no será usado para negar programas, asistencias, refugio o alojamiento. Sin embargo, si usted decide participar, los servicios en la región pueden mejorar si tenemos información acertada sobre los individuos sin hogar y los servicios que necesitan. Aún más, algunos contribuyentes podrían requerir que usted acepte el proveer su información de identificación personal en HMIS para que usted pueda recibir los servicios provistos por esas contribuciones.

**Entiendo las declaraciones mencionadas arriba y consiento en la inclusión de información de identificación personal en HMIS sobre mí y mis dependientes enlistados abajo, y autorizo que toda información coleccionada sea compartida con las agencias asociadas. Entiendo que mi información de identificación personal no será hecho público y solo será usado con estricta confidencialidad. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier tiempo llenando la hoja de "Consentimiento de Revocación del Cliente" con esta agencia. Entiendo que yo puedo obtener una copia de mi consenso firmado de esta agencia (incluyendo formas firmadas electrónicamente).**

Hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, Si hay alguno, (Favor de escribir en cursivo los nombres y apellidos):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (Padres o Guardianes)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente (Escriba con claridad)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Agente Asignado (Escriba con claridad)

Cliente rehúsa consentir \_\_\_\_\_ (Iniciales Agente asignado)

HMIS Identificador Único (opcional) \_\_\_\_\_