

Sistema de Manejo de la Información de las Personas sin Vivienda de Chicago

Consentimiento del Cliente para Compartir su Información

Nombre de la agencia: Casa Central La Posada

Esta agencia es parte de un grupo de entidades interesadas en coordinar esfuerzos para acabar con la condición de estar sin vivienda en Chicago. A este grupo de colaboración (“nosotros”) se le refiere en este documento como el Sistema de Manejo de la Información de la Personas sin Vivienda de Chicago (“Chicago HMIS”). El grupo recoge su información y la registra en Chicago HMIS Continuum of Care (“Chicago CoC” por sus siglas en inglés)*.

Un representante de esta agencia le va a pedir información acerca de usted y sus dependientes. (La palabra “dependiente” es utilizada en este documento para referirse a cualquier persona menor de 18 años de edad por la que usted se considera ser responsable). Su información en Chicago HMIS Collaborative será compartida con su consentimiento o en ciertas circunstancias que son descritas en este formulario.

Este formulario tiene tres partes. El propósito de este formulario es permitirle decidir cuánta de la información que usted le proporcione a esta agencia será compartida con el Chicago HMIS Collaborative. Usted puede declinar permitirle a esta agencia compartir cualquier información. Si usted declina, la capacidad de esta agencia y la de Chicago CoC para proveerle vivienda puede reducirse, pero esta agencia sí le proveerá servicios de emergencia.

PARTE I – RESPUESTAS BREVES A LAS PREGUNTAS QUE USTED PUEDA TENER

¿Cuáles son las razones por las que se comparte información acerca de mí?

- Para ayudar a los proveedores de servicios a ofrecerle vivienda adecuada y opciones de cuidado para usted.
- Para asistir a Chicago CoC a documentar la necesidad y obtener financiamiento para las viviendas y servicios.
- Para permitir el análisis de datos y la investigación académica.

¿Cómo se protegen mis datos?

- Es requerido que cada agencia cumpla con la Notificación Estándar de Prácticas de Privacidad de la Agencia.
- Los usuarios de Chicago HMIS deben firmar un convenio para proteger la privacidad de usted y cumplir con las leyes y políticas estatales y federales antes de poder ver cualquier información.
- Chicago HMIS incorpora los requisitos estándar de seguridad de la industria y se actualiza para mantenerse al corriente con estos requisitos de seguridad.

¿Cuáles son mis derechos?

- Usted puede obtener una copia en formato electrónico o papel de su información que haya sido registrada en Chicago HMIS.
- Usted puede pedir que corrijan o enmienden su información que haya sido registrada en Chicago HMIS.
- Puede firmar una nueva copia del Consentimiento del Cliente para Compartir su Información en la cual usted puede limitar, por medio de cambiar sus respuestas en la Parte II del formulario, cuánta de la información acerca de usted se puede compartir.

¿Hay circunstancias en las que mi información puede ser divulgada sin mi consentimiento?

- Sí. La ley dice que debemos reportar el abuso o negligencia sospechados de los niños y adultos

* Esta Agencia puede darle una lista actual de los miembros del Chicago CoC. Puede ver una lista actual de los miembros del Chicago CoC en www.allchicago.org. “All Chicago” es la agencia que administra Chicago HMIS.

vulnerables. También podemos liberar su información para proteger la salud o seguridad de usted y sus dependientes así como sea requerido por la ley o por un agente con una citación, citación judicial u orden del juzgado válidas.

Para obtener más información detallada, pida una copia de nuestra Notificación Estándar de Prácticas de Privacidad de la Agencia.

PARTE II – SU CONSENTIMIENTO DENTRO DEL CHICAGO HMIS COLLABORATIVE

Nos gustaría pedirle que comparta dos categorías de información a las cuales nos referimos como “Información básica” y “Información para la coordinación del cuidado y la vivienda”.

(1) La información básica consiste de la siguiente información:

- Información Personal Identificable (nombre, Número de Seguridad Social, fecha de nacimiento, género, estatus de veterano, foto)
- La Información Personal Identificable de sus dependientes (si se aplica) (*Nota: Cualquier individuo de 18 años de edad o más debe firmar un formulario de consentimiento separado*)
- Información de inscripción (puede incluir su información de inscripción pasada)
- Número de Identificación del Recipiente (si usted no conoce el número, podemos buscarlo)
- Información de contacto

(2) La Información para la coordinación del cuidado y la vivienda consiste de la siguiente información:

- Información acerca de su servicio militar (si aplica)
- Su experiencia con la condición de estar sin vivienda y la situación en la que vive
- Ingresos del hogar y la(s) fuente(s) de esos ingresos
- Presencia de una condición de discapacidad actual
 - Las leyes de Illinois requieren que obtengamos su consentimiento explícito para compartir información con respecto a la salud mental, uso de sustancias y/o problemas con el VIH/SIDA. ***Se le ofrecerá un formulario de consentimiento separado antes de que se le pida compartir información acerca de estas condiciones***
- Los servicios que usted recibe, incluso si recibe asistencia financiera
- Seguro médico / información de su proveedor primario de cuidado

Sólo para veteranos: La participación en el proyecto de Vivienda Rápida y Prevención de la Condición de Estar sin Vivienda de los Servicios de Apoyo para las Familias de Veteranos (SSVF por sus siglas en inglés) requiere que se comparta la información de inscripción y de la recepción de asistencia financiera de los proyectos SSVF. Los veteranos que estén conectados a un proyecto de SSVF necesitarán estar de acuerdo en compartir tanto su Información básica como la Información para la coordinación del cuidado y la vivienda con las agencias que supervisan el emparejamiento de servicios y vivienda junto con todos los proyectos SSVF.

Por favor marque (✓) la casilla apropiada abajo:

Yo, _____ (Nombre) estoy de acuerdo en compartir información con el Chicago HMIS Collaborative como se detalla abajo.

- Compartan mi información básica (1) con el Chicago HMIS Collaborative, y ambas, tanto mi información básica como la información para la coordinación del cuidado y la vivienda (2),** con las agencias seleccionadas para servirme a mí y a mis dependientes, y con las agencias que supervisan el emparejamiento de la vivienda y los servicios.
 - Para los individuos con dependientes, por favor marque aquí si la opción de arriba sobre compartir los datos de arriba aplica a todos.
- Compartan mi información básica (1) y la coordinación de la información sobre el cuidado y la vivienda (2) como un archivo protegido.** Esta información solamente será compartida con las agencias que supervisen el emparejamiento de la vivienda y el cuidado, y con

las agencias asignadas a proveerme vivienda y cuidado. No otra agencia podrá ver mi información. **Por favor note que la información de los Sobrevivientes de la Violencia Doméstica y/o Tráfico Humano será automáticamente tratada solamente como un archivo protegido.**

Para los individuos con dependientes, por favor marque aquí si la opción de arriba sobre compartir la información aplica a todos.

Las opciones que se encuentran abajo **NO** le permiten al Chicago HMIS Collaborative conectar a un individuo y/o sus dependientes con un proveedor de vivienda a través de HMIS.

Compartan solamente mi información básica (1): Si usted selecciona esta opción, esto no prevendrá que usted pueda tener acceso a los servicios de emergencia.

Para los individuos con dependientes, por favor marque aquí si la opción de arriba sobre compartir la información aplica a todos.

No estoy de acuerdo que compartan mi información: No quiero que nada de la información acerca de mi que esté registrada en Chicago HMIS sea compartida con ninguno de los otros proveedores de servicios dentro del Chicago HMIS Collaborative (si usted selecciona esta opción, esto no prevendrá que usted pueda tener acceso a los servicios de emergencia).

Para los individuos con dependientes, por favor marque aquí si la opción de arriba sobre compartir la información aplica a todos.

Nota: Usted puede **revocar** su consentimiento que permite que la información acerca de usted continúe compartiéndose con otros proveedores de servicios dentro del Chicago HMIS Collaborative. La revocación se hace por medio de firmar una nueva copia de este consentimiento y seleccionar la opción correspondiente.

Cuando usted firma este formulario, significa que usted:

- Ha leído este consentimiento del cliente o ha escuchado una explicación acerca de sus contenidos.
- Ha visto la lista de agencias participantes y entiende que esta lista se actualizará periódicamente.
- Reconoce que otras agencias dentro del Chicago HMIS Collaborative que le proveen servicios a usted pueden actualizar la información acerca de usted.
- Entiende que este consentimiento no tiene expiración a menos de que usted retire su consentimiento por medio de firmar una nueva copia de este consentimiento en cualquier momento para que ya no se comparta su información; sin embargo, cualquier información que ya haya sido compartida con otra agencia no puede retirarse o ser revocada.
- Entiende que los proveedores de vivienda pueden registrar incidentes importantes en sus programas en los cuales usted haya estado involucrado, y que estos incidentes serán compartidos con las entidades que proveen servicios de emergencia, coordinación de vivienda y servicios de extensión para emparejar a los individuos con los programas apropiados.
- Entiende que si usted es un veterano y es elegible para recibir beneficios y servicios de VA su información será compartida con todos los programas SSVF.

Nombres de los dependientes: (Por favor enliste a todos sus dependientes)

Nombre 1: _____

Nombre 2: _____

Nombre 3: _____

Nombre 4: _____

Nombre 5: _____

Nombre 6: _____

Firma del cliente o su representante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo de la agencia: _____ Fecha: _____

PARTE III – SU CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR QUE SE COMPARTA SU INFORMACIÓN CON OTROS GRUPOS DEL ILLINOIS CONTINUUM OF CARE (*Debe completarlo solamente si usted ha estado sin vivienda y se ha movido entre Chicago y otros lugares en Illinois*)

Si usted ha estado sin vivienda y ha residido en Chicago y otros lugares en Illinois, es posible que tengamos que compartir algo de la información personal acerca de usted para que esto nos ayude a entender cuál es la necesidad existente de recursos para la vivienda. Esta información incluirá lo siguiente:

- Nombre, fecha de nacimiento, género, Número de Seguridad Social, información de contacto, información de su coordinador de caso (case manager).
- Marque aquí si usted de acuerdo para que se comparta la información de arriba.

Firma del cliente o su representante: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo de la agencia: _____ **Fecha:** _____

Para el uso de la organización solamente: (Ponga sus iniciales en todo lo que aplique)

El cliente arriba recibió una explicación telefónica de este formulario, así como fue necesario. Alguien del personal de esta agencia sirvió como el representante a nombre del cliente. El consentimiento se leyó en su totalidad. _____

Un representante autorizado completó este consentimiento a nombre del cliente. Se adjunta una descripción sobre el derecho que tiene el representante a hacerlo. _____