

Continuum of Care del condado de Lake (LCCoC)

Sistema de información para la gestión de personas sin hogar (HMIS)

Consentimiento informado del cliente y autorización de divulgación de información

(_____) es una agencia asociada en el Sistema de información para la gestión de personas sin hogar (HMIS) del Continuum of Care del condado de Lake (LCCoC). HMIS es un software de recopilación de datos que recopila información sobre clientes sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar.

Cómo ayuda el HMIS a brindar servicios: Las agencias asociadas de LCCoC HMIS pueden mejorar los servicios y programas para las personas que experimentan o corren el riesgo de quedarse sin hogar a través de la información compartida del cliente. A medida que los proveedores de servicios recopilan información, se abren servicios y recursos para los que puede ser elegible. Al compartir la información del cliente con los proveedores de servicios, ayuda a informar y coordinar estos servicios para prevenir la falta de vivienda o acortar el tiempo que la experimenta.

Cómo se protege su información: El HMIS se opera a través de Internet a través de una base de datos segura para proteger la información personal del cliente. Cada usuario autorizado recibe capacitación anual sobre seguridad y privacidad según los estándares federales de privacidad del HMIS. Los usuarios deben asistir a la capacitación una vez al año y firmar un acuerdo de usuario basado en los estándares federales de privacidad del HMIS

La información recopilada es:

- Nombre, edad, sexo, raza, origen étnico, ciudad / pueblo, seguridad social y condición de veterano:
- Beneficios médicos, salud física, salud mental y uso de sustancias:
- Ingresos, fuente de ingresos, beneficios públicos, información del hogar y la familia y situación de vida:

Cómo se utiliza el HMIS: Los datos del HMIS se generan en informes que se entregan a los funcionarios estatales y federales. Estos informes ayudan a impulsar la financiación de los servicios prestados a las personas que se encuentran sin hogar o que están en riesgo de quedarse sin hogar.

_____ (INICIAL) Entiendo las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para la inclusión de información personal en HMIS sobre mí y los dependientes enumerados a continuación, y autorizo que la información recopilada se comparta con las agencias asociadas.

_____ (INICIAL) Entiendo que mi información personal no se hará pública y sólo se usará con estricta confidencialidad según los Estándares de Privacidad HMIS federales.

_____ (INICIAL) Entiendo que las leyes y regulaciones federales no protegen ninguna información sobre sospecha de abuso o negligencia infantil para que no sea reportada bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales apropiadas. (Consulte 42 USC 290dd-2 para conocer las leyes federales y 42CFR Parte 2 para conocer las regulaciones federales).

_____ (INICIAL) Entiendo y reconozco que los datos relacionados con los servicios que se me brindan y los registros mantenidos por la Agencia indicados anteriormente pueden incluir información médica / de salud, incluido mi estado de VIH / SIDA, historial de abuso de sustancias, otra información, la privacidad de los cuales pueden estar protegidos por las leyes federales y / o de California, y consienten expresamente la divulgación de dicha información, así como la información expresada en las secciones anteriores con respecto a delitos y abuso / negligencia infantil.

_____ (INICIAL) Entiendo que este consentimiento vencerá el _____. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento proporcionando un formulario de solicitud por escrito a la agencia mencionada anteriormente y que mi información permanecerá en el HMIS pero ya no será accesible para ningún usuario EXCEPTO el administrador del HMIS.

_____ (INICIAL) Doy mi consentimiento para compartir mi información personal en el HMIS con todas las Agencias asociadas del Continuum of Care del Condado de Lake EXCEPTO (marque las que se enumeran a continuación con las que no desea que se comparta su información): ***

_____ County of Lake Probation Department

_____ Adventist Health

_____ Lake County Public Health

_____ Lake County Office of Education (LCOE)

_____ Sutter Health

_____ Nation's Finest

_____ Department Veterans Affairs

_____ North Coast Opportunities (NCO)

_____ Hope Rising

_____ Elijah House

_____ Praises of Zion

_____ Redwood Community Services (RCS)

_____ Mendocino County Health Clinic

_____ Sunrise Special Services

_____ Lake County Behavioral Health

_____ Employment Development Department(EDD)

_____ California Dept. of Corrections and Rehabilitation

_____ Lake County Housing Commission

_____ Lake County Department of Social Services (LCDSS)

_____ World Wide Helping Hands

_____ Otro _____

_____ (FIRMA) Doy mi autorización para ingresar y compartir mi información en el HMIS de atención continua del condado de Lake. Entiendo que tengo derecho a toda la información ingresada en HMIS y puedo recibir una copia completando una solicitud a la agencia indicada anteriormente.

_____ (FIRMA) Doy mi autorización para ingresar y compartir la información de mis hijos y / o hijos del que soy el guardián legal en el HMIS de atención continua del condado de Lake. Entiendo que tengo derecho a toda la información ingresada en HMIS y puedo recibir una copia completando una solicitud a la agencia indicada anteriormente.

Nombre de los hijos dependientes: _____

_____ (FIRMA) NO doy mi autorización para ingresar y compartir mi información en la atención continua del condado de Lake.

*** Nota: Se requiere una autorización separada que cumpla con HIPAA para la divulgación de cualquier información de salud del paciente, incluida la salud mental y la información sobre drogas y alcohol protegida por cualquier ley de privacidad estatal o federal, incluida, entre otras, la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros médicos ("HIPAA"), 45 CFR partes 160 y 164, Ley de Confidencialidad de Información Médica de California ("CMIA"), Códigos Civiles, secciones 56-56.16, Código de Bienestar e Instituciones, sección 5328 o 42 C.F.R. parte 2.1 et se