**Homeless Management Information System (HMIS)**

**Formulario de Consentimiento del Cliente Plantilla**

(para ser impreso en papel con membrete de la Agencia)

**Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miembros del Hogar:**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Agencia) está pidiendo su permiso para compartir información y recibir información acerca de usted y miembros de su familia mencionados anteriormente con agencias en el Continuum of Care (CoC) Sistema de HMIS. "Una lista de las agencias que su información es disponible a su petición." O "La lista de las agencias que su información es compartida se puede encontrar al final de este comunicado." (La Agencia elige qué texto utilizar en función si incluyen la lista en el formulario o no.)

HMIS es un sistema de software administrado por la Alianza para personas sin hogar del oeste de Nueva York. HMIS es utilizado por muchas agencias en el CoC que ofrecen alojamiento y servicios a los que no tienen hogar. La información recogida en HMIS nos ayudará a analizar y mejorar la prestación de servicios, a entender mejor la falta de vivienda y evaluar la eficacia de nuestros servicios.

**Sus beneficios para el suministro de información**

Su permiso para compartir información en HMIS puede dar lugar a una entrada más rápida en vivienda segura y / o servicio para usted y su familia. Esto se debe que HMIS es un CoC sistema de amplia información y puede ser capaz de reducir la cantidad de información que tenemos que preguntar que ya ha proporcionado a otra agencia participante. Utilizamos HMIS para reducir la cantidad de tiempo que pasamos en las responsabilidades administrativas, permitiendo ofrecerles servicios mejores y más eficientes para usted.

**Información compartida:**

Los datos compartidos serán demográficos básicos e información que pueden ayudar a las organizaciones proporcionar y / o dirijirlos a servicios que usted está en necesidad. Esta información incluye:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre  Fecha de Nacimiento  últimos cuatro números del seguro social  Raza/Etnicidad  Género  Estatus de Veterano  Typo y Estatus de Incapacidad  Composición del Hogar  Estatus sin Hogar/Historia (incluyendo dónde y cuándo se accedió los servicios) | Fuentes de ingresos y cantidad  Beneficios no monetarios  Violencia Doméstica  Destino  Razón(es) por la falta de vivienda/crisis de la vivienda  Case Manager Contact Info  Historia de viviendo  Información de contacto de emergencia  Formulario de evaluación común  Razón por irse |

Sólo los miembros del personal que usan HMIS que han firmado el Acuerdo de Usuario y Código de Ética podrán ver, introducir o utilizar información guardada en el sistema HMIS. Estas agencias no darán información sobre una persona a nadie fuera de este sistema sin el consentimiento escrito de la persona, o de lo requerido por la ley.   
  
El propósito de este consentimiento es ayudar a garantizar que tanto yo como mi familia reciba la mejor atención posible de las agencias participantes.

Entiendo que:

* Mis registros de tratamiento están protegidos bajo las regulaciones estatales y federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes. Estos registros no se pueden compartir sin mi consentimiento por escrito, salvo lo dispuesto en los reglamentos estatales y federales.
* Registros de tratamiento, notas de casos y otras informaciones confidenciales no se pueden compartir sin consentimiento por escrito adicional.
* Puedo terminar este consentimiento en cualquier momento y puedo tener una copia de este formulario de consentimiento si lo solicito.
* Puede haber ya información compartida y servicios proveídos, basado a este consentimiento cuando estaba en efecto. Al terminar este consentimiento no puede cambiar eso.
* Cualquier aviso para poner fin a este consentimiento debe ser por escrito.
* Cualquier análisis estadístico de los datos HMIS que se libera serán datos agregados y no revelará ninguna información de identificación personal.
* Este consentimiento expirará automáticamente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha).

**La información en este sistema no solo puede ser utilizado como base para negar servicios, refugio o vivienda.** Mi decisión de firmar o no firmar este documento de consentimiento no será utilizada para negar servicios, refugio o vivienda.   
  
Tengo derecho a ver mi registro de HMIS, pedir cambios, y para obtener una copia de mi expediente HMIS de esta agencia debe hacerse por escrito.

☐ Autorizo ​​a esta agencia a compartir mi información (como se describió anteriormente) con otras agencias que utilizan el sistema HMIS

☐ No autorizo ​​que esta agencia comparta mi información (que no sea el nombre, fecha de nacimiento, los últimos cuatro números del seguro social, y estado de veterano) con otras agencias que utilizan el sistema HMIS.

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

Firma del cliente Fecha

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

Testigo de la agencia Fecha