



# Cliente Divulgación de información

New Bedford Continuum of Care | Homeless Management Information System



Para ofrecerle el servicio más eficaz y servicio eficiente, debemos recoger datos relevantes para nuestro Sistema de Información de Gestión para Personas sin Hogar (HMIS).

Esta base de datos es segura y confidencial y es operado por representantes capacitados y permite a los proveedores trabajar junto con usted para asegurarse de que usted está recibiendo la ayuda que necesitas de una manera oportuna. Más allá de eso, el HMIS permite el local 'Continuo de Cuidado' obtener un conteo preciso de todas las personas que están experimentando o en riesgo de perder sus hogares en la ciudad de New Bedford.

Para que nos ayude a servirle y a fin de mejorar nuestro actual servicio tenemos que recoger información de su identificación personal. Para coordinar mejor con otros Agencias, usted tiene el derecho a consentimiento para divulgar su información a otros Agencias.

**Por favor revise la información abajo y firme y ponga la fecha donde se indica.**

*(Si usted tiene una casa de familia, por favor complete el dorso de este formulario así.)*

Yo entiendo que esta Agencia ingresará la información en el Sistema de Información de Gestión para Personas sin Hogar Management (HMIS). La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Mi información puede ser compartida entre los proveedores locales de servicio autorizado con el fin que me conecten a los servicios.

Entiendo que mi información está en el sistema de (HMIS) puede ser utilizado por la Agencia y el Continuo de Cuidado de New Bedford (así como el Continuo de Cuidado de Fall River y Bristol County Attleboro Taunton Continuo de Cuidado) para llevar a cabo investigaciones relacionadas con la falta de vivienda y programa de vivienda, necesidades de servicio, ayudas a los ingresos, efectividad del programa de educación y empleo. Mi nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social o otra información que me identificara personalmente nunca será compartida con nadie sin mi autorización.

Un representante de la Agencia ha contestado mis preguntas sobre mis preocupaciones de privacidad. Al firmar este formulario, entiendo perfectamente los términos y condiciones.

Click or tap here to enter text.	Date
NOMBRE DEL CLIENTE [IMPIMIR]	FECHA

Click or tap here to enter text.	Date
NOMBRE DEL CLIENTE [FIRMA CURSIVA]	FECHA

Click or tap here to enter text.	Date
NOMBRE DEL PERSONAL AUTORIZADO]	FECHA

Click or tap here to enter text.	Date
FIRMA AUTORIZADA	FECHA

### Consentimiento del Cliente en Nombre de los Miembros del hogar

Un adulto jefe de hogar puede prestar consentimiento en nombre de miembros de la familia a compartir su información en el sistema de HMIS.

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 1  
[IMPRIMIR]

CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 2  
[IMPRIMIR]

CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 3  
[IMPRIMIR]

CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 4  
[IMPRIMIR]

CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 5  
[IMPRIMIR]

CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 6  
[IMPRIMIR]

CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]

---

### Cliente de Revocación del Consentimiento

Si el cliente comprueba este cuadro y firma su nombre, está indicando su intención de rescindir o cancelar la autoridad y consentimiento previamente otorgado aquí a partir de la fecha señalada

Click or tap here to enter text.

NOMBRE DEL CLIENTE [IMPRIMIR]

Date

FECHA

Click or tap here to enter text.

MIEMBRO DE LA FAMILIA [IMPRIMIR]

Date

FECHA