Homeless Services Department

Formulario estándar de Divulgación verbal del Condado de Multnomah para el intercambio de datos del HMIS

- *Este formulario no debe usarse como parte del Acceso Coordinado.*
- *Marque la casilla correcta bajo el encabezado "Decisión de la persona participante".*

Lea lo siguiente a la persona participante: "Vamos a mantener la información que usted nos dé en un sistema llamado 'HMIS'. Usamos políticas y diferentes herramientas para proteger esa información. Recopilar su información nos ayuda a organizar nuestros servicios y cumplir con los requisitos de presentación de informes.
En el Condado de Multnomah, muchas agencias ayudan a las personas que no tienen hogar o que no tienen una vivienda estable. Parte de la información que usted nos dé será visible para esas agencias. Si nos lo permite, podemos compartir más detalles sobre usted y los servicios que recibe aquí con esas agencias. Compartir su información puede ayudar a las agencias a trabajar juntas en los servicios futuros para los cuales usted puede ser elegible.

¿Tiene alguna pregunta sobre esto?"

"¿Acepta permitirnos compartir su información?"
[Para grupos familiares con hijos menores de 18 años]: **"¿Acepta permitirnos compartir la información de sus hijos?"**

Evaluador, responda cualquier pregunta que la persona participante pueda tener.

- *Para obtener ayuda con las preguntas, consulte las Preguntas frecuentes para esta Divulgación verbal aquí: https://johs.us/hmis-links-for-providers/verbal-roi-forms/*
- *Para ver una explicación completa de los derechos de los participantes sobre sus datos, consulte el Aviso de Privacidad y Seguridad en https://johs.us/hmis-links-for-providers/hmis-privacy-security-notice/*
- *El Aviso de Privacidad y Seguridad se debe poner a disposición de los participantes, de solicitarse.*

Fecha:

Nombre de la persona participante *(incluya los nombres de los menores si se otorga el consentimiento)***:**

Miembro del personal testigo (nombre en letra de imprenta):_____

Ingrese dos ROI en el HMIS: una para su proveedor de inicio de sesión y otra para el programa.
Si se da el consentimiento, el intercambio de datos en el HMIS ocurrirá durante 7 años.
Guarde este formulario durante 7 años.

Homeless Services Department

Decisión de la persona participante *(marque solo una casilla)*

Sí, comparta la información sobre la inscripción y la evaluación del programa para la persona participante *únicamente*.

Sí, comparta la información sobre la inscripción y la evaluación del programa para la persona participante *y sus hijos*.

No, no comparta la información sobre la inscripción y la evaluación del programa.

Miembro del personal testigo (nombre en letra de imprenta):_____

Ingrese dos ROI en el HMIS: una para su proveedor de inicio de sesión y otra para el programa.
Si se da el consentimiento, el intercambio de datos en el HMIS ocurrirá durante 7 años.
Guarde este formulario durante 7 años.