

Fecha: _____

Formulario de Divulgación verbal para el intercambio de datos del HMIS

- Este formulario debe usarse para todos los programas, incluyendo 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 nuestra comunidad, muchas agencias ayudan a las personas que están experimentando falta de hogar o que tienen una vivienda inestable. Parte de la información que usted nos dé será visible para esas agencias en el HMIS. 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.

En casos excepcionales, es posible que no necesitemos una divulgación para compartir su información. Por ejemplo, podemos compartir su información para coordinar servicios con otra agencia. No compartiríamos su información si no hubiera necesidad de hacerlo. La privacidad de su información es muy importante para nosotros.

¿Tiene alguna pregunta sobre esto?"

"¿Acepta permitirnos compartir su información en el HMIS?"

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

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

- Para ayudar con las preguntas, consulte aquí las Preguntas y respuestas sobre esta divulgación verbal: Compartir información del Acceso Coordinado es necesario para las reuniones sobre los casos.

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**.

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

Ingrese dos ROI en el HMIS: una para su proveedor de inicio de sesión y otra para el programa.

Tramite las ROI para que tengan una duración de siete años.

Guarde este formulario durante 7 años.



Homeless Services Department

Fecha: _____

- 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.

Nombre de la persona participante (*complete un formulario de ROI por cada persona adulta en el grupo familiar*):

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.

Tramite las ROI para que tengan una duración de siete años.

Guarde este formulario durante 7 años.