

**Sonoma County Continuum of Care HMIS and Coordinated Entry System**  
**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**Lo que hace esta divulgación:** El propósito de este formulario de consentimiento de Divulgación de información confidencial es permitir que el sistema de servicios para personas sin hogar use su información para ayudar con la colocación de vivienda/refugio y brindarle servicios de apoyo. Compartiremos información con proveedores de servicios para personas sin hogar y otros socios, verbalmente o por escrito, cuando lo ayudemos a encontrar vivienda o le brindemos los servicios que desea. Si los recursos de vivienda están disponibles, se le notificará sobre la(s) referencia(s) que se está(n) haciendo. Su información se ingresará en el Sistema de información de gestión de personas sin hogar (HMIS) por sus letras en inglés, una base de datos en línea confidencial que cumple con HIPAA. Su información anonimizada también se puede utilizar con fines de investigación. Toda la información ingresada en HMIS está protegida por contraseñas y tecnología de encriptación y se toman medidas para salvaguardar su información en nuestro sistema HMIS.

*Nota: Si alguna vez sospecha que su información confidencial en el sistema HMIS ha sido mal utilizada, comuníquese de inmediato con Adam Siegenthaler at [adam.siegenthaler@sonomacounty.gov](mailto:adam.siegenthaler@sonomacounty.gov) o llame al departamento de servicios de salud del Condado de Sonoma al (707) 565- 4087.*

**Divulgaciones y período de ejecución:** la liberación que está firmando estará en vigencia por un período de tres años a partir de la fecha de la autorización firmada por usted, a menos que desee identificar una fecha diferente a continuación:

Este consentimiento vencerá el (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ (si se deja en blanco, este consentimiento vencerá tres años después de la fecha de la firma).

La firma de este formulario es voluntaria y sus registros no se compartirán sin esta autorización. Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización y se le ha ofrecido una copia. Si no desea firmar este consentimiento, no se le negarán los servicios a usted ni a su familia; sin embargo, permitir que los proveedores para personas sin hogar con los que trabaja tengan acceso a esta información les ayudará a crear un plan de atención completamente informado para ayudarlo a ubicarlo en programas de servicios para personas sin hogar. Tiene derecho a negarse a responder cualquiera de las preguntas de su evaluación; sin embargo, algunas preguntas están vinculadas a la elegibilidad del programa, lo que significa que podría perderse una posible oportunidad de vivienda.

Si no desea compartir su información personal (como nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social), tiene la opción de inscribirse en los servicios sin proporcionar esta información. Si está experimentando o huyendo de la violencia doméstica, es posible que desee hablar sobre la protección de su identidad con un miembro del personal.

**Descripción general:** El Continuum of Care HMIS del condado de Sonoma es una base de datos compartida utilizada por agencias proveedoras que trabajan juntas para brindar servicios a las personas sin hogar. La información del cliente ayuda a las agencias a planificar y brindar servicios. Esta

Nombre de participante: \_\_\_\_\_

información se compartirá entre las agencias para proporcionar coordinación y prestación de esos servicios.

Cada proyecto que recibe fondos federales para proyectos de personas sin hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. debe ingresar datos sobre las personas atendidas con esos fondos en HMIS. Es posible que también se requiera que algunos proyectos financiados a través de la Administración de Veteranos de los EE. UU. y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ingresen datos en el HMIS. Otros proyectos ingresan voluntariamente datos en HMIS para apoyar los esfuerzos de coordinación de servicios. El Sistema de Entrada Coordinada para Personas sin Hogar (CES, por sus letras en inglés) del Condado de Sonoma, que mantiene la información en HMIS, brinda acceso "sin puerta equivocada" en muchas agencias colaboradoras de CES a los programas de vivienda en todo el condado, y reduce el trabajo que las personas sin hogar deben hacer para encontrar una vivienda y mudarse. fuera de la falta de vivienda. Los participantes deben dar su consentimiento para cualquier recopilación, uso y divulgación de su información, a menos que se indique lo contrario en el Aviso de privacidad o lo exija una orden judicial o una ley.

Tiene derecho a revocar (retirar) esta autorización enviando una notificación firmada al administrador de HMIS del condado de Sonoma: 1450 Neotomas Ave, Santa Rosa, CA, 95405 o por correo electrónico a [adam.siegenthaler@sonomacounty.gov](mailto:adam.siegenthaler@sonomacounty.gov). La revocación surtirá efecto el día en que se reciba, pero no afectará a ninguna divulgación personal realizada con anterioridad.

La lista de agencias participantes del HMIS del condado de Sonoma y agencias colaboradoras de CES que pueden tener acceso a su información esta adjuntado de este comunicado. Agencias adicionales pueden convertirse en agencias participantes de HMIS o agencias colaboradoras de CES en cualquier momento y sin previo aviso, y usted puede solicitar una lista actualizada de esas agencias en cualquier momento.

**Acuerdo para ejecutar usando firma electrónica:** Entiendo y tengo la intención de que mi firma electrónica y mis iniciales electrónicas en este formulario tengan la misma fuerza y efecto legal que si estuvieran firmadas o rubricadas con una firma de tinta original. Declaro, garantizo y acepto que mi firma e iniciales, ya sea en tinta electrónica u original, son un consentimiento y un acuerdo válidos, exigibles y totalmente efectivos.

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:**

- Permito que los proveedores participantes de HMIS y las agencias colaboradoras de CES brinden administración coordinada de casos para la ubicación y/o los servicios de refugio/vivienda.
- Yo, como cabeza de familia, autorizo a los proveedores participantes de HMIS y las agencias participantes de CES a recopilar, actualizar, usar, ver y compartir la siguiente información con otros proveedores participantes de HMIS y agencias colaboradoras de CES a quienes he sido o puedo ser referido para vivienda, refugio u otro servicio para personas sin hogar:
- Información de identificación que incluye nombre completo, fecha de nacimiento, número de seguro social, raza, etnia, género, número de teléfono, dirección y otra información de identificación similar

Nombre de participante: \_\_\_\_\_

- Información confidencial recopilada durante el proceso de admisión o evaluación (incluida información sobre salud, finanzas personales e historial de personas sin hogar)
- Información de elegibilidad que incluye prueba de falta de vivienda, estado de veterano, ingresos, seguro y discapacidades
- Confirmación de participación y cierta información en programas relacionados de salud mental o salud física con el fin de determinar la elegibilidad del programa
- Preferencia e información sobre refugio y/o programa(s) de vivienda
- Registro de servicios prestados
- La fecha de inscripción y salida en los programas y el Sistema de Entrada Coordinada (CES)
- Autorizo a las agencias colaboradoras de CES a compartir la siguiente información con \_\_\_\_\_ (contacto que figura en la sección "Información del participante" del panel HMIS) con el fin de coordinar la inscripción en CES y comunicarse conmigo cuando surjan oportunidades de vivienda:
- Estado de inscripción en el Sistema de Entrada Coordinada
- Fecha de inscripción
- Detalles de la oportunidad de vivienda disponible
- Mi firma (o marca) indica que he leído (o me han leído) la información provista anteriormente, he respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas y acepto proporcionar información con el fin de inscribirme en el Sistema o servicios de Entrada Coordinada para Personas sin Hogar del Condado de Sonoma. de una agencia participante de HMIS.
- La información que las agencias en este formulario comparten sí puede ser divulgada nuevamente por el destinatario. Entiendo que a veces la ley permite volver a divulgar y es posible que mi información ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad; por ejemplo, si permito la divulgación a un miembro de la familia.
- Certifico que esta solicitud se ha realizado de manera libre, voluntaria y sin coerción y que la información proporcionada anteriormente es precisa según mi leal saber y entender.
- Entiendo que la participación en HMIS y el Sistema de Entrada Coordinada es voluntaria. Por la presente libero al Sistema de Entrada Coordinada del Condado de Sonoma y sus Agencias Cooperantes de cualquier responsabilidad por cualquier lesión, accidente, vandalismo o robo que pueda ocurrir durante mi (nuestra) inscripción en Entrada Coordinada. El comunicado incluye a todos los miembros del hogar que se enumeran a continuación.

Por la presente doy mi consentimiento para recopilar datos para la entrada final en el Sistema de información de gestión de personas sin hogar (HMIS) del condado de Sonoma. Marque (Sí /No)

Nombre de participante: \_\_\_\_\_

Por la presente, me niego a proporcionar mi información personal al HMIS del condado de Sonoma y se me asignará un código único en lugar de usar mi nombre. Marque (Sí /No)

Si se me asigna un código, doy permiso a las agencias colaboradoras de CES para que se comuniquen conmigo sobre posibles oportunidades de vivienda y actualizaciones sobre mi situación de vivienda.

Entiendo que mi número se mantendrá fuera de HMIS y se asegurará con la siguiente agencia:

\_\_\_\_\_.

Nombre del personal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Firma del personal: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN IMPRENTA (Participante): \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE (en su caso, tutor): \_\_\_\_\_

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA u OTRA PARTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MIEMBROS DEL HOGAR (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

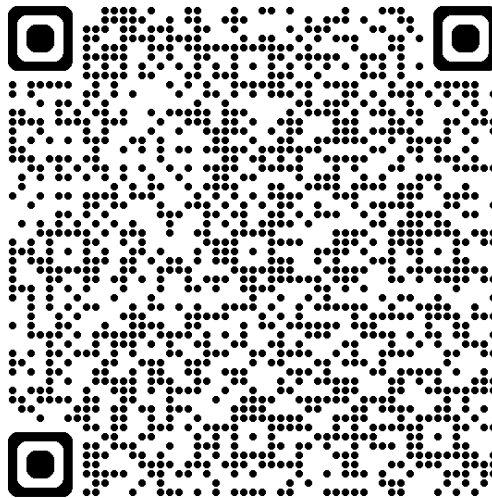
Nombre de participante: \_\_\_\_\_

Sonoma County Continuum of Care HMIS y Sistema de Entrada Coordinada

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La lista de proveedores de servicios para personas sin hogar del condado de Sonoma (agencias participantes de HMIS o agencias colaboradoras de CES) que pueden tener acceso a su información se encuentra aquí:

<https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services/health-services/divisions/homelessness-services/get-help/hmis-participating-agencies-and-ces-cooperating-agencies>



Nombre de participante: \_\_\_\_\_