

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

Administración

Nombre de Entrevistador/a _____	Agencia de Entrevistador/a _____	<input type="checkbox"/> Equipo <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario
Fecha de Evaluación DD/MM/AAAA ____/____/_____	Tiempo de la Evaluación __ __: __ __ AM/PM	Lugar de la Evaluación _____

Información General

JEFE/A DE FAMILIA 1		
¿En qué idioma siente que se puede expresar mejor?		
Nombre	Apellido	
Apodo	Número de Seguro Social	
¿Qué edad tiene?	¿Fecha de nacimiento?	¿Ha dado su permiso para participar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
JEFE/A DE FAMILIA 2 (cuando sea aplicable)		
¿En qué idioma siente que se puede expresar mejor?		
Nombre	Apellido	
Apodo	Número de Seguro Social	
¿Qué edad tiene?	¿Fecha de nacimiento?	¿Ha dado su permiso para participar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Niños

- Número total de niños y jóvenes menores de 18 años que actualmente viven con el jefe o la jefa de familia. _____ **CONTESTA** ____ **SE NIEGA A CONTESTAR**
- Cuántos niños o jóvenes menores de 18 años de edad no se encuentran actualmente en su familia pero cree que se mudarán con usted cuando tenga una vivienda donde vivir? _____ **CONTESTA** ____ **SE NIEGA A CONTESTAR**
- Si hay mujeres en la familia, hay alguna de ellas que se encuentre actualmente embarazada?
_____ **CONTESTA** ____ **SE NIEGA A CONTESTAR**

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

4. Proporcione una lista de nombres y edades de los niños:

Apellido	Nombre	¿Cuántos años tiene?	Fecha de nacimiento

A. Historial de vivienda e indigencia (sin casa)

5. ¿Dónde duermen con más frecuencia usted y su familia? (marque uno)	<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Afuera / en la calle (incluyendo todos los lugares no destinados para la vida humana, incluyendo la calle, banco o portal o entrada de casa, carro, autobús o transporte subterráneo, parque o edificio abandonado) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
	CONTESTA	SE NIEGA A CONTESTAR
6. ¿ Hace cuánto tiempo que usted y su familia han vivido en una vivienda estable permanente?		<input type="checkbox"/>
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces usted y su familia han vivido en una casa para luego volver a vivir en la calle?		<input type="checkbox"/>

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

B. Riesgos

TEXTO O GUIÓN: Voy a hacerle algunas preguntas sobre sus interacciones con los servicios de salud y de emergencia. Si necesita ayuda para determinar lo que pasó hace seis meses, sólo dígame.

PREGUNTAS			
	CONTESTA		SE NIEGA A CONTESTAR
8a. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o su familia han estado en la sala de emergencias?			<input type="checkbox"/>
8b. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o su familia han sido llevados en ambulancia al hospital?			<input type="checkbox"/>
8c. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o su familia han sido hospitalizados como pacientes internos?			<input type="checkbox"/>
8d. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o familiares han utilizado un servicio de emergencia o de crisis, incluyendo centros de angustia o una línea de prevención de suicidios?			<input type="checkbox"/>
8e. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o familiares ha hablado con la policía porque fue testigo de un crimen, víctima de a contestar un crimen, o acusado del crimen, o porque la policía le ordenó que desalojara una zona?			<input type="checkbox"/>
8f. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o miembros de su familia han estado una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea durante una corta estancia, por ejemplo por estar borracho, como una larga estancia por delitos más graves, o por cualquier otra situación?			<input type="checkbox"/>
9. Usted o miembros de su familia han sido atacados o golpeados desde que comenzaron a vivir en las calles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Usted o algún miembro de su familia, han tratado de lastimarse a si mismos o a alguien más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Usted o algún miembro de su familia esta corriendo algún riesgo que tenga que ver con la ley que pudiera resultar en encarcelamiento o que tenga que pagar multas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hay alguna persona que a usted o a miembros de su familia le este forzando a hacer cosas que no quiere hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Usted o algún miembro de su familia hace cosas que pueden considerarse riesgosas como el intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien a quien no conoce, o compartir jeringas u otro tipo de actividades riesgosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

C. Socialización y Actividades Diarias

PREGUNTAS	Sí	NO	SE NIEGA A CONTESTAR
14.¿Existe alguna persona (amigo, familiar, vecino, dueño de casa o conocido) o agencia de gobierno que los este a la que usted o algun miembro de su familia le deba dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.¿Usted o algun miembro de su familia gana dinero por medio de prestaciones o beneficios del gobierno, o reciclando basura o juntando botellas, changas ocasionales, jornalero/a, trabajo sexual u otro tipo de trabajo donde le pagan por debajo de la mesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.¿Tiene usted y los integrantes de su familia actividades planeadas todos los días, más allá de la simple supervivencia, que le traen felicidad y con las que se sienten satisfechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿En este momento hay algun integrante en su familia que puede mantener las necesidades basicas como banarse regularmente, cambiarse de ropa, usar un bano normalmente, obtener comida y agua u otras cosas que sean basicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.¿Esta su familia sin casa porque se ha roto la relacion con alguna persona de su familia o porque estaba en una relacion violenta o abusive o porque algun conocido o miembro familiar hicieron que fueran hechados del lugar donde su familia vivia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Bienestar

PREGUNTAS			
19. ¿Usted o su familia han tenido que irse de una casa, departamento, refugio, programa u otro lugar por razones de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Usted o alguno de sus familiares tiene una enfermedad cronica de higado, rinones, pulmones o corazon?			
21. Si existe una posibilidad de vivir en un programa que sea para gente con sida o VHI positive, usted o algun miembro de su familia quisiera vivir ahi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Usted o algun integrante de su familia tiene alguna incapacidad fisica que limite el tipo de casa en la que pueda vivir o un tipo de incapacidad que no le permita vivir independientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cuando usted o alguien en su familia se enferma, tartan de evitar ir a ver un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. El tomar Alcohol o usar drogas ha sido motivo por el cual usted o su familia han perdido la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. El tomar alcohol o el uso de drogas hace que usted o su familia tengan dificultad en encontrar vivienda o mantener una casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Usted o su familia han tenido dificultades en mantener una casa, o han sido echados de un departamento, refugio o programa u otro lugar porque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

a) Usted o alguien en su familia sufre de discapacidad mental b) Usted o alguien en su familia ha tenido un golpe o accidente en su Cabeza c) Usted o alguien en su familia tiene una discapacidad mental, emocional, de aprendizaje u otro tipo de incapacidad?			
27. Usted o alguien en su familia tiene algun problema de salud mental, o problemas cerebrales que le dificulten vivir independientemente por la necesidad de tener a alguien que lo/a cuide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. SI LA FAMILIA RESPONDIO SI A LAS PREGUNTAS REFERENTES A SALUD FISICA, ABUSO DE SUSTANCIA Y SALUD MENTAL: Cada uno de los integrantes de su familia tienen problemas de salud cronica, problemas de salud mental y problemas con abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hay alguna medicacion que el doctor haya recomendado tomar a usted o algun miembro de su familia y por alguna razon no esten tomando la medicacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hay alguna medicacion como calmantes, antidepresivos u otro tipo que usted o un miembro de su familia este tomando a cualquier hora sin seguir la recomendacion del medico o famacia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. SI O NO: Usted o algun miembro de su familia esta actualmente sin casa por haber experimentado algun tipo de abuso fisico, psicologico, sexual u otro tipo de abuso o trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Unidad Familiar

	SÍ	NO	SE NIEGA A CONTESTAR
32.¿Hay algun menor de edad que haya sido removido de su familia por algun servicio de proteccion infantil en los ultimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Tiene usted o su familia algun problema legal que se este tratando en la corte que puede impactar su adquisicion de vivienda o puede impactar a algun integrante de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.¿Durante los últimos seis meses alguno de sus hijos a vivido o vive con un familiar o amigo/a porque usted no tiene un lugar donde vivir con su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Durante los ultimos 6 meses, algun nino/a en su familia a esperimentado algun tipo de abuso o trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. SI HAY NINOS/AS ATENDIENDO LA ESCUELA: ¿sus hijos/as faltan a la escuela muchos dias por semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿ en los ultimos 6 meses, a su familia cambiado debido a divorcio, sus hijos/as volviendo a vivir con usted, algun integrante llendo al servicio militar, o a la carcel, o mudanza o algo parecido?			
38. Anticipa usted a algun adulto o familiar mudandose dentro de los 6 meses de usted haber conseguido vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Tiene usted actividades familiares como ir al cine todos juntos, visitar a familiares, ir a la plaza o parque, a la biblioteca o algo parecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Cuando sus hijos/as no tienen escuela por feriados o fines de semana, cual es el timepo maximo que sus hijos/as estan solos/as? a) 3 o mas horas por dia para ninos/as de 13 anos o mas grandes b) 2 o mas horas por dia para ninos/as de 12 anos o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

41. SI HAY NINOS/AS DE 12 ANOS O MENOS Y DE 13 ANOS O MAS ¿Los ninos/as mas grandes usan 2 horas o mas ayudando a los ninos mas pequenos ha prepararlos para ir a las escuela, ayudando con las tareas de las escuela, cocinando,banandolos o algun otro tipo de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas Adicionales

En un día regular, ¿en dónde se le puede localizar y a qué hora del día es más fácil localizarle?	
¿Hay un número telefónico y/o dirección electrónica donde podamos localizarle o dejar un mensaje?	
Bueno, ahora me gustaría tomarle una foto. ¿Puedo hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a aceptar
Desde que usted se fue de la casa de sus padres o guardianes, cuántos años en total ha vivido usted y/o su familia en la calle o en refugios de emergencia?	Años: _____
Usted o algún integrante de su familia ha servido en las fuerzas militares en Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Ritter Center
Bucklew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Homeward Bound de Marin	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información a ser recopilada y compartida incluye:

- Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
- Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
- Información de vivienda
- Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
- Servicios prestados por las agencias asociadas
- Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
- Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Date:

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Ritter Center
Bucklew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Homeward Bound de Marin	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- La información a ser recopilada y compartida incluye:

- Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
- Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
- Información de vivienda
- Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
- Servicios prestados por las agencias asociadas
- Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
- Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

___ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

___ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Date: