

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

Administración

Nombre del Entrevistador _____	Agencia _____	<input type="checkbox"/> Equipo <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario
Fecha de la Encuesta DD/MM/AAAA ___ / ___ / ____	Hora de la Encuesta ___ : ___ AM/PM	Lugar de la Encuesta _____

Guion de Introducción

Cada evaluador en su comunidad, sin importar la organización que llena el VI-SPDAT, debe usar el mismo guion de introducción. En dicho guion, usted debe destacar la siguiente información:

- El nombre del evaluador y su afiliación (organización para la que trabaja, voluntario de Point in Time Count, etc.)
- El motivo por el que se está llenando el VI-SPDAT
- Que normalmente toma menos de 7 minutos para llenar
- Que solo se están buscando respuestas de “Sí”, “No”, o de una sola palabra
- Que se puede omitir o negar a responder cualquier pregunta
- Dónde se va a almacenar la información
- Que si el participante no entiende una pregunta o el evaluador no entiende la pregunta, se puede aclarar
- La importancia de transmitir información veraz al evaluador y no sentir que hay una respuesta correcta o preferida que ellos deben proporcionar, ni información que deben ocultar

Información Básica

Primer Nombre _____	Apodo _____	Apellido _____
¿En qué idioma considera usted que se expresa mejor? _____		
Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA ___ / ___ / ____	Edad _____	Nro. de Seguro Social _____
		Autorización para participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SI LA PERSONA TIENE 60 AÑOS DE EDAD O MÁS, CALIFIQUE CON 1.

PUNTAJE:

A. Historial de Vivienda y Falta de Vivienda

1. ¿Dónde duerme más a menudo? (marque uno)

- Albergues
- Viviendas de Transición
- Refugio Seguro
- A la intemperie**
- Otro (especificar):**

- Se niega a responder**

SI LA PERSONA RESPONDIÓ ALGO DISTINTO A “ALBERGUE”, “VIVIENDA DE TRANSICIÓN”,
O “REFUGIO SEGURO”, CALIFIQUE CON 1. **PUNTAJE:**

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que ha vivido en una vivienda estable permanente? _____ Se niega a responder

3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin vivienda? _____ Se niega a responder

SI LA PERSONA HA EXPERIMENTADO 1 O MÁS AÑOS CONSECUTIVOS SIN VIVIENDA,
Y/O 4+ EPISODIOS SIN VIVIENDA, CALIFIQUE CON 1. **PUNTAJE:**

B. Riesgos

4. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces ha...

a) Recibido atención de salud en una sala/departamento de urgencias?

____ Se niega a responder

b) Sido llevado(a) en ambulancia al hospital?

____ Se niega a responder

c) Estado hospitalizado(a) como paciente internado(a)?

____ Se niega a responder

d) Usado un servicio para crisis, incluyendo crisis de agresión sexual, salud mental, violencia de pareja/familiar, centros para malestar, líneas de prevención de suicidio?

____ Se niega a responder

e) Ha hablado con un policía porque fue testigo de un crimen, una víctima de un crimen, o el supuesto perpetrador de un crimen, o porque la policía le ordenó que desalojara la zona?

____ Se niega a responder

f) Se quedó una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea por una estadía corta, por ejemplo por estar ebrio(a) o una estadía larga por delitos más graves o por cualquier otra cosa?

____ Se niega a responder

SI EL TOTAL DE INTERACCIONES ES IGUAL A 4 O MÁS, ENTONCES CALIFIQUE CON 1 **PUNTAJE:**
EL USO DE SERVICIOS DE URGENCIAS.

5. ¿Ha sido atacado o agredido desde que se quedó sin vivienda? S N Se niega a responder

6. ¿Ha amenazado con o intentado hacerse daño a usted mismo o a alguna otra persona en el último año? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR RIESGO DE DAÑO. **PUNTAJE:**

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

7. ¿Actualmente tiene alguna situación legal que pueda resultar en que le encarcelen, tenga que pagar multas, o que le suponga un obstáculo para alquilar una vivienda? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ”, CALIFIQUE CON 1 POR PROBLEMAS LEGALES.

PUNTAJE:

8. ¿Hay alguien que le obliga o engaña para hacer cosas que Ud. no quiere hacer? S N Se niega a responder

9. ¿Hace cosas que puedan considerarse riesgosas como intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir una aguja, o algo similar? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR RIESGO DE EXPLOTACIÓN.

PUNTAJE:

C. Socialización y Funcionamiento Diario

10. ¿Hay alguien, un arrendador, negocio, corredor de apuestas, comerciante o grupo gubernamental como el IRS que cree que usted le debe dinero? S N Se niega a responder

11. ¿Recibe dinero del gobierno, una pensión, una herencia, por un trabajo en secreto, trabajo regular, o algo similar? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A LA PREGUNTA 10 O “NO” A LA PREGUNTA 11, CALIFIQUE CON 1 POR ADMINISTRACIÓN DE DINERO.

PUNTAJE:

12. ¿Tiene actividades planeadas más que la simple supervivencia que le hacen sentir feliz y realizado(a)? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “NO”, CALIFIQUE CON 1 POR ACTIVIDAD DIARIA SIGNIFICATIVA.

PUNTAJE:

13. ¿Actualmente es capaz de hacerse cargo de necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un baño, conseguir comida y agua limpia y otras cosas similares? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “NO”, CALIFIQUE CON 1 POR CUIDADO PROPIO.

PUNTAJE:

14. Su falta actual de vivienda está causada de alguna manera Por un relación que se descompuso, una relación poco saludable o abusiva, o debido a que su familia o amigos causaron que fuese desalojado(a)? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ”, CALIFIQUE CON 1 POR RELACIONES SOCIALES.

PUNTAJE:

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

D. Bienestar

15. ¿Alguna vez ha tenido que dejar un apartamento, programa de refugio u otro lugar en el que se estaba alojando debido a su salud física? S N Se niega a responder
16. ¿Tiene algún problema crónico de salud en su hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón? S N Se niega a responder
17. Si hubiese disponibilidad en un programa que ayuda específicamente a personas que viven con VIH o SIDA, ¿sería de interés para usted? S N Se niega a responder
18. ¿Tiene una discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que usted podría acceder o le dificultaría vivir de manera independiente porque usted necesitaría ayuda? S N Se niega a responder
19. Cuando usted está enfermo(a) o no se siente bien, ¿evita buscar ayuda? S N Se niega a responder
20. **ÚNICAMENTE PARA LAS MUJERES ENCUESTADAS:** ¿Está embarazada actualmente? S N N/A o se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR **SALUD FÍSICA**.

PUNTAJE:

21. ¿Alguna vez su consumo de drogas o alcohol le ha llevado a ser expulsado(a) de un apartamento o programa en el que se estaba quedando? S N Se niega a responder
22. ¿El consumo de alcohol o drogas hace que sea difícil para usted mantener o costear una vivienda? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR **CONSUMO DE SUSTANCIAS**.

PUNTAJE:

23. ¿Ha tenido problemas para mantener su vivienda o ha sido desalojado(a) de un apartamento, programa de refugio u otro lugar en el que se estaba quedando debido a:
- a) ¿Un problema o preocupación de salud mental? S N Se niega a responder
- b) ¿Un traumatismo craneal previo? S N Se niega a responder
- c) ¿Una discapacidad del aprendizaje o del desarrollo, u otra discapacidad? S N Se niega a responder
24. ¿Tiene algún problema de salud mental o cerebral que dificultaría que usted viva de manera independiente porque usted necesitaría ayuda? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SI" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR **SALUD MENTAL**.

PUNTAJE:

SI EL ENCUESTADO OBTUVO 1 POR **SALUD FÍSICA** Y 1 POR **CONSUMO DE SUSTANCIAS** Y 1 POR **SALUD MENTAL**, CALIFIQUE CON 1 POR **MORBILIDAD TRIPLE**.

PUNTAJE:

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)**

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

25. ¿Hay algún medicamento que un médico le dijo que debería estar tomando que, por cualquier motivo, no está tomando? S N Se niega a responder
26. ¿Hay algún medicamento como analgésicos que usted no toma de la manera que el medico recetó o que vende? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR MEDICAMENTOS.

PUNTAJE:

27. **SÍ O NO:** ¿Su episodio actual sin vivienda ha sido causado por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual u otro tipo de abuso, o por cualquier otro tipo de trauma que usted ha experimentado? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SÍ", CALIFIQUE CON 1 POR ABUSO Y TRAUMA.

PUNTAJE:

Resumen de Puntuación

COMPONENTE	SUBTOTAL	RESULTADOS
PRE-ENCUESTA	/1	Puntaje: Recomendación: 0-3: Ninguna intervención de vivienda 4-7: Una evaluación para Realojamiento Rápido 8+: Una evaluación para Vivienda de Apoyo Permanente/Vivienda Primero
A. HISTORIAL DE VIVIENDA Y FALTA DE VIVIENDA	/2	
B. RIESGOS	/4	
C. SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONES DIARIAS	/4	
D. BIENESTAR	/6	
TOTAL:	/17	

Preguntas Complementarias

En un día normal, ¿en dónde se le puede localizar y a qué hora del día es más fácil localizarle?	lugar: _____ hora: ___ : ___ o Mañana/Mediodía/Tarde/Noche
¿Hay algún nro. de teléfono y/o correo electrónico donde podamos localizarle o dejarle un mensaje de manera segura?	Telf.: (_____) _____ - _____ Correo electrónico: _____
Bien, ahora me gustaría tomarle una foto para que sea más fácil encontrarle y confirmar su identidad en el futuro. ¿Me lo permite?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega

Pregunta Local (Sin puntaje)

Desde que se mudó de la casa de sus progenitores o padres de crianza temporal, ¿cuántos años en toda su vida ha vivido en la calle o en un refugio de emergencia?	Años: _____
¿Ha prestado servicio en el Ejército de los EEUU?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder

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
Buckelew	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
Gilead House	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Homeward Bound de Marin	
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:

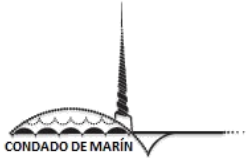
Nombre con letra de molde:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:

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

Witness Staff & Agency

Date:



Programa de Cuidado Integral de la Persona - Condado de Marín Consentimiento para Divulgar e / o Intercambiar Registros de Pacientes sin Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD)

Nombre del participante _____

Fecha de Nacimiento _____ (Día/mes/año)

Número de identificación del cliente Medi-Cal
(por favor, inclúyalo si lo conoce) _____

Al llenar este documento, usted autoriza el uso y la divulgación de su información protegida de salud y / o elegibilidad. Esto excluye la divulgación de cualquier registro de Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) sujeto al 42 C.F.R parte 2. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar este consentimiento.

Quién puede Usar, Divulgar o Compartir mi Información:

Para que el Cuidado Integral de la Persona (WPC, por sus siglas en inglés) identifique y coordine los servicios disponibles para usted, es esencial que tengamos su permiso para compartir e intercambiar información relevante con sus proveedores de cuidados y otros proveedores de servicios disponibles para usted. La siguiente es una lista completa de las agencias que participan en el Programa WPC. Compartir su información con cualquiera de estas agencias sólo se hará cuando sea estrictamente necesario y sólo para la coordinación de su cuidado o servicios.

Por la presente autorizo la divulgación de la información identificada a continuación, y el intercambio de la información identificada a continuación entre todas las agencias, entidades e instalaciones del proyecto de Cuidado Integral de la Persona de Marín, que pueden incluir los siguientes:

Marin County HHS (**Excluye los registros de Trastornos por Consumo de Sustancias sujetos al 42 CFR parte 2)** Marin County District Attorney, County of Marin Probation Department, County of Marin Public Defender, Bright Heart Health, Buckelew Programs, Center Point (**Excluye los registros de Trastornos por Consumo de Sustancias sujetos al 42 CFR parte 2)**, Central Marin Police Authority, City of Novato, City of San Rafael, Coastal Health Alliance, Community Action Marin, Downtown Streets Team, Healthy Marin Partnership, Homeward Bound, Kaiser Permanente San Rafael, LifeLong Medical, Marin City Health and Wellness Center, Marin Community Clinics, Marin General Hospital, Marin Housing Authority, Opportunity Village, Partnership Health Plan of CA, Ritter Center, Senior Access, St. Vincent de Paul Society, Sunny Hills Services, The Spahr Center, US Department of Veterans Affairs, Whistlestop.

Nombre del Participante _____

Fecha de Nacimiento _____

Se me ha proporcionado una lista completa y actualizada de participantes, personas y entidades, y está disponible en la página web de Cuidado Integral de la Persona: <https://www.marinhhs.org/whole-person-care>

El(los) Fin(es) de Divulgación(es)/Compartir:

El propósito de este consentimiento es permitir que el personal y los miembros de las entidades autorizadas mencionadas anteriormente coordinen, colaboren y evalúen servicios médicos, de vivienda y de apoyo apropiados relacionados con la obtención de vivienda y la mejora de la coordinación del cuidado

(incluyendo, pero sin limitarse, al alcance, gestión de caso, refugio de emergencia, servicios de empleo, asistencia de beneficios, servicios de salud médica y / o conductual, clases de aptitudes para la vida y asistencia para la búsqueda de vivienda). Entiendo que la información no se compartirá para ningún otro fin a menos que lo exija la ley o que yo lo autorice específicamente.

Mis Derechos

- ▶ Puedo negarme a firmar este consentimiento. Mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios de otro modo disponible para mí.
- ▶ Tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento.
- ▶ Puedo revocar (retirar) este consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, debo enviar mi solicitud de revocación por escrito a la siguiente dirección:

**Programa de Cumplimiento - Departamento de Salud y Servicios
Humanos, 20 N. San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
o correo electrónico: HHSCompliance@marincounty.org**

- ▶ Mi revocación tendrá efecto una vez recibida, excepto en la medida en que otros ya hayan actuado basándose en esta autorización.

Nueva Divulgación:

Entiendo que la información personal y de salud divulgada de conformidad con esta Autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha nueva divulgación, en algunos casos, no está protegida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164. Entiendo que los registros de salud mental están sujetos al Código de Bienestar e

Nombre del Participante _____
 Fecha de Nacimiento _____

Instituciones 5328 y la Ley de Confidencialidad de Información Médica de CA, y no pueden divulgarse nuevamente sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley disponga lo contrario.

Qué Será Divulgado o Intercambiado: Esta es una autorización de divulgación completa de mi información de salud y / o elegibilidad, a menos que especifique las limitaciones a continuación. Puede incluir información médica, quirúrgica, de enfermedades contagiosas, laboratorios, medicamentos, elegibilidad para beneficios estatales y cualquier otra información personal que pueda ayudar a las agencias mencionadas anteriormente a llevar a cabo los fines indicados a continuación. Los resultados de la prueba de salud mental y VIH están específicamente protegidos por la ley Federal o Estatal y requieren mi consentimiento explícito para divulgar estos registros, si los hubiera, como se indica a continuación:

Teléfono celular del cliente (opcional):

Acepto recibir llamadas o mensajes de texto a este número: () ____ - _____

Registros de tratamiento de salud mental _____ (Firma)

Resultados de las pruebas de VIH _____ (Firma)

Limitaciones: La siguiente información **no** puede ser utilizada, divulgada o compartida:

Vencimiento:

Esta autorización vence en (fecha): _____, o (en el evento):

ejemplo: ya no estoy inscrito en el Proyecto de Cuidado Integral de la Persona

Si no escribo en una fecha o evento, esta autorización permanecerá vigente por tres (3) años a partir de la fecha de mi firma.

Firma _____

Fecha de hoy _____

Nombre del Participante _____
Fecha de Nacimiento _____

Participante/Representante Legal

Si no está firmado por una persona (inscrito), nombre y relación del Representante Legal:

Firma del Testigo _____

Nombre en Imprenta del testigo _____

Fecha de hoy _____

Sólo para uso interno:

Revocado por (nombre) _____ Fecha

Revocación recibida por: (nombre)

Fecha que se informó el proyecto WPC: _____