

# Formulario de consentimiento para clientes de CNY HMIS

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Miembros de la familia: (Si procede)

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

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

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

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

Entiendo que esta agencia es parte de la CNY HMIS (Central New York Homeless Management Information System, su nombre completo en inglés). La HMIS es un sistema informático que tiene como fin recopilar datos sobre las personas sin techo a fin de ayudar a planificar y pagar los servicios que necesitan las personas sin techo o planificar y pagar los servicios para prevenir que haya personas sin techo.

Mediante este consentimiento por escrito, las agencias de CNY HMIS que me prestan servicios pueden anotar, ver, y actualizar mis datos básicos y/o los de mis hijos incluyendo su nombre, raza, sexo, etnia, fecha de nacimiento, condición de veterano de guerra, pruebas de estar sin hogar, discapacidad, y datos relacionados con su vivienda, alimentos, y bienes. Sólo a los miembros del personal de la agencia, quienes han firmado el acuerdo de confidencialidad se les permitirá ver, anotar, y utilizar los datos guardados en el sistema de CNY HMIS. La agencia nunca cederá los datos de una persona a nadie ajeno a las Agencias CNY HMIS sin el consentimiento por escrito de la persona, o conforme a las disposiciones legales mediante orden judicial.

La denegación de la prestación de servicios, refugio, o vivienda no se basarán únicamente en la información en este sistema. Mi decisión de firmar o no firmar este documento de consentimiento no se usará para denegarme prestación de servicios, refugio, o vivienda. Tengo derecho a retirar este consentimiento excepto los datos que ya se han cedido o las medidas ya tomadas informando a la agencia mediante aviso escrito que deseo retirar mi consentimiento. Esta autorización vencerá **un año desde** la fecha en que se firmó.

Tengo derecho a ver mi expediente HMIS, pedir cambios en mi expediente, y disponer de una copia del expediente mediante solicitud por escrito a esta agencia.

### Agencias participantes CNY HMIS (nombres en inglés):

ACR Health, Auburn Housing Authority, Catholic Charities, Cayuga/Seneca Community Action, Center for Community Alternatives, Circare, Chadwick Residence, Chapel House Inc., CNY Services, Contact Community Services, Dept of Veteran Affairs, Easter Seals NY, Greater Syracuse Tenants Network, Hiscock Legal Aid, Housing & Homeless Coalition of CNY (HHC CNY), In My Father's Kitchen, InterFaith Works, Legal Aid Society of Mid-York, Liberty Resources, Onondaga County DSS, Onondaga County Department of Adult and Long Term Care, Onondaga County Justice Center/Jamesville Correctional Facility, Oswego County Opportunities, Oswego County DSS, Rescue Mission, Soldier On, St Joseph's Care Coordination Network, The Salvation Army, Samaritan Center, Helio Health, Syracuse Housing Authority, Visions for Change, Volunteer Lawyers Project of Onondaga County, Inc., YMCA, YWCA, The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA), and Last House on the Block.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de la agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha