



CNYHMIS Client Consent Form

www.hhccny.org
housingandhomelesscoalition@gmail.com
@hhccofcny facebook.com/hhccny

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Agencia: _____ Programa: _____

Sé que esta agencia es parte del CNY HMIS (Homeless Management information System). El CNY HMIS es un sistema que utiliza computadoras para recopilar información sobre la falta de vivienda para ayudar a planificar y pagar los servicios a las personas sin hogar o aquellos que requieren servicios para prevenir la falta de vivienda. CNY HMIS es administrado por el Central New York Housing y Homeless Coalition (HHCCNY).

Con este consentimiento por escrito, las agencias de CNY HMIS que ofrecen servicios pueden ver y actualizar información básica sobre mí y/o mis hijos, incluyendo nombre, sexo, raza, etnia, fecha de nacimiento, estado de veterano, prueba de falta de vivienda, ingresos, seguro, discapacidades (incluyendo el estado de VIH/SIDA) y transacciones de servicios relacionados con la vivienda, alimentos y bienes materiales.

La Agencia solo divulgará los registros de los clientes a agencias no asociadas con el consentimiento previo por escrito del cliente, a menos que las leyes o regulaciones aplicables lo permitan de otra manera. Cualquier investigación realizada con estos datos está completamente desidentificada. No se divulgará ninguna información de identificación personal en la investigación o presentación de informes públicos de datos HMIS.

Las decisiones de negar el alcance, la vivienda o la vivienda no se basarán únicamente en la información de este sistema. Mi decisión de firmar o no este documento de consentimiento no se utilizará para negar la divulgación, la vivienda o los servicios de vivienda.

Puedo retirar el consentimiento excepto por la información que ya se ha dado o las acciones ya tomadas, informando a la agencia por escrito que quiero retirar mi consentimiento. Este consentimiento finalizará un año a partir de la fecha firmada.

Tengo derecho a ver mi registro de CNY HMIS, pedir cambios y tener una copia de mi registro de esta agencia previa solicitud por escrito.

Agencias CNY HMIS Participante, Agencias de Entrada Coordinada en negrita: ACR Health, Altamont (GPD Program), Catholic Charities, Cayuga Community Health Network, Cayuga County DSS, Community Action Programs Cayuga/Seneca, Circare, City of Syracuse, Chadwick Residence, Chapel House Inc., Contact Community Services, Dept of Veteran Affairs, Helio Health, Hiscock Legal Aid, Housing & Homeless Coalition of CNY (HHC CNY), Housing Visions, In My Father's Kitchen, InterFaith Works, Legal Aid Society of Mid-York, Liberty Resources, Onondaga County DSS, Onondaga County Division of Mental Health for Children, Families, and Individuals, 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, Syracuse Housing Authority, Syracuse/Onondaga County Youth Bureau, Suny Upstate Medical University, A Tiny Home for Good, Victory Transformations Shelter, Volunteer Lawyers Project of Onondaga County, Inc., YMCA of Central NY, YWCA, and The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA).

(Fecha del primer servicio)

(Un año a partir de la fecha del primer servicio)

Comunicados de entrada coordinados

- Autorizo a HHCCNY a compartir mi historial de personas sin hogar, ya que está registrado en HMIS con _____ (nombre de Agencia) y otras agencias de entrada coordinadas
- Autorizo _____ (nombre de Agencia) y HHCCNY a registrar y compartir mi información médica relacionada con mi elegibilidad para los programas de vivienda. Esta información solo se comparte con las Agencias de Entrada Coordinadas, y se recopila y comparte la información mínima necesaria.

Firma del cliente

Fecha

Testigo de la Agencia

Fecha

Compruebe únicamente si está **rescindiendo la** autorización para liberar información en HMIS.

- Revoco mi autorización al CNY HMIS. No quiero que se comparta ninguna información futura con otras agencias en el HMIS

Firma del cliente

Fecha

Consentimiento en nombre de los miembros del hogar – Un jefe de familia adulto puede dar su consentimiento en nombre de sus familiares para compartir su información en el HMIS.

Jefe del nombre del hogar: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Firma del cliente

Fecha

Testigo de la Agencia

Fecha