



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: The Advocacy Center, Catholic Charities of Tompkins-Tioga, Cayuga Addiction Recovery Services (CARS), Family and Children’s Service of Ithaca, Homes and Community Renewal, Human Services Coalition of Tompkins County, Ithaca Housing Authority, Lakeview Health Services, The Learning Web, Opportunities, Alternatives, and Resources (OAR), REACH Medical, The Salvation Army, Second Wind Cottages, Southern Tier AIDS Program (STAP), Soldier On, St. John’s Community Services, Tompkins Community Action, Tompkins County DSS- Special Services Unit, Tompkins County Mental Health Department- Re-entry Program, the United States Department of Veterans Affairs, Village at Ithaca, Volunteers of America (VOA), and The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA).

Fecha de lanzamiento: ____/____/____ to ____/____/____

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: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Nombre _____ Date de Nacimiento: _____

Firma del cliente

Fecha

Testigo de la Agencia

Fecha