



www.hhccny.org  
info@hhccny.org  
f facebook.com/hhccny  
x @hhcofcny  
@ hhccny

## CNYHMIS Client Consent Form

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: CNY HMIS Participating Agencies:**

ACR Health, Altamont (GPD Program), Catholic Charities, Cayuga Community Health Network, Cayuga County DSS, Center for Community Alternatives, Community Action Programs Cayuga/Seneca, Circare, City of Syracuse, Chadwick Residence, Chapel House Inc., Contact Community Services, Dept of Veteran Affairs, E. John Gavras Center, 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, Monroe Plan for Medical Care, County DSS, Nescenia Health, Onondaga County Division of Mental Health for Children, Families, and Individuals, Onondaga County Department of Health, 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 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 adulto cabeza de familia puede dar su consentimiento en nombre de los menores de 18 años del hogar para compartir su información en el HMIS. Todos los demás adultos del hogar deben firmar su propio formulario de autorización.