

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE CT-HMIS

Depende de usted si quiere firmar este formulario. La información que usted nos permite divulgar podría ser revelada otra vez, más tarde, por el receptor; si esa persona u organización no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, la información podría dejar de estar protegida por las regulaciones federales sobre la privacidad. Su decisión de rellenar o no este formulario no comprometerá su elegibilidad para los beneficios, tratamientos, pagos, o inscripción en otros servicios.

- *Connecticut Homelessness Management Information System (CT HMIS)* es un sistema compartido, es decir, que las Agencias Participantes de CT HMIS ingresarán su información en la base de datos de CT HMIS. Esas agencias participantes tendrán acceso a la información ingresada en HMIS. Cuando se comparten sus datos, los prestadores de servicios pueden constatar si hay servicios habitacionales que se adecuen a sus necesidades; esto no garantiza que usted recibirá una vivienda. El tipo de información recopilada en el sistema incluye datos personales básicos de usted y cada miembro de su grupo familiar (incluidos nombres y apellidos, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, sexo, raza, nacionalidad, información del grupo familiar, número de teléfono, categoría de ex combatiente militar, números de teléfonos y categoría de persona discapacitada). Los datos ingresados en HMIS pueden incluir información sobre su salud física y mental, incluido el historial de abuso de sustancias o VIH/SIDA; si usted recibe ahora servicios o tratamiento; y las derivaciones a servicios y viviendas por parte de las agencias participantes.

Se adjunta una lista de agencias participantes que tendrán acceso a su información. Para ver una lista de agencias participantes, vaya a este sitio web: [CT HMIS Agencias Participantes](#) Esta lista es modificada o cambiada ocasionalmente. Puede solicitar una copia impresa actualizada a The Connecticut Coalition to End Homelessness (860-721-7876) en cualquier momento.

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Autorizo a las agencias arriba mencionadas a ingresar mi información personal *descrita más arriba* en CT HMIS y a acceder a mis datos guardados allí a los fines de garantizar una coordinación efectiva de los servicios. La información ingresada en CT HMIS, o a la que se acceda en CT HMIS, no será utilizada de ninguna manera para diagnosticar o tratar afecciones físicas o mentales.

- Comprendo que mi información se podrá usar para estudios de investigación, evaluación y defensoría de la causa; esto puede incluir proyectos de investigación que se adecuen a mis necesidades con otras agencias o programas que puedan ayudarme a conseguir una vivienda. Las leyes federales y estatales sobre privacidad siempre me protegerán. Mis datos personales nunca formarán parte de informes de investigación.
- Un representante de ****NOMBRE DE LA AGENCIA**** me ha explicado mis derechos con respecto al Proyecto CT HMIS Project y me entregó una copia escrita de dicha explicación.
- Puedo solicitar ver un documento que enumere las personas que han actualizado mi legajo de cliente en CT HMIS. Si tengo inquietudes sobre cómo se usan mis datos personales, o cómo son ingresados en la base de datos CT HMIS, me puedo comunicar con ****PERSONA DE CONTACTO DESIGNADA DE LA AGENCIA.****

Comprendo que si necesito asistencia para obtener una vivienda en el futuro, se me solicitará que rellene este formulario de consentimiento otra vez.

NOTIFICACIÓN AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Es posible que se haya divulgado toda o parte de esta información a usted de los registros protegidos por las leyes estatales de Connecticut o federales que le prohíben a usted hacer otra divulgación de esta información, sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o de otro modo permitido por dichas leyes. Una autorización general para divulgar información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este fin. Además, las Reglas Federales (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2) restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que consume drogas o alcohol.

Entiendo que este formulario vencerá dentro de dos años a partir de la fecha en que sea firmado. Puedo revocar esta autorización escribiendo en cualquier momento; sin embargo, comprendo que al revocarla, nada cambiará respecto de la información que ya haya sido divulgada.

Firma del cliente:

Fecha:

Nombre en letras de imprenta

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE CT-HMIS

Nota: Si es un tutor o representante legal, usted debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al afiliado y completar lo siguiente:

Firma del Tutor/Representante:

Nombre en letras de imprenta:

Fecha:

Autoridad legal:

Firma del testigo de la agencia

Nombre en letras de imprenta

Fecha

Si tiene preguntas o si necesita información adicional con respecto a este formulario, comuníquese con Connecticut Coalition to End Homelessness al número 860-721-7876, o vaya al sitio web cceh.org.