

# AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

## SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE PERSONAS SIN VIVIENDA

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Personal evaluador:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Fecha de evaluación (mes/día/año):

**Presentación:** La protección de la información de usted es importante para nosotros. El presente documento delinea la forma en que usamos y protegemos la información de usted. Para conservar la información sobre las personas a quienes ayudan, muchos albergues o refugios de programas de asistencia de Carolina del Norte utilizan el Sistema de Administración e Información sobre Personas sin Vivienda (*HMIS*)<sup>1</sup>, administrado por la Coalición de NC para Acabar con la Falta de Vivienda (*NCCEH*).<sup>2</sup> Este Aviso define qué tipo de datos del cliente son compartidos entre agencias. En el sitio [ncceh.org/hmis/clientconsent](https://www.ncceh.org/hmis/clientconsent), puede encontrarse una lista completa de los participantes en esta área.

Para determinar su elegibilidad para obtener servicios, y para enlazarle a otras agencias de ayuda, las agencias listadas recolectarán información personal directamente de usted y de los integrantes de su hogar. **Las agencias solo recolectan información personal relevante con el fin de proveer alojamiento, mejorar los programas y las vidas de quienes carezcan de vivienda.** La recolección y uso de toda información personal sigue estándares estrictos de confidencialidad.

**Solamente usamos información personal de formas que pudieran beneficiarle a usted directa o indirectamente, como se describe a continuación:**

- Para proporcionar o coordinar servicios a favor de un individuo o de una familia;
- Para obtener pagos o reembolsos por servicios;
- Para llevar a cabo funciones administrativas, aunque sin limitarse a funciones de supervisión y de administración; o bien,
- Para generar reportes, según se define en el Aviso de Privacidad que aparece en: (<https://www.ncceh.org/files/10165/>)

### SECCIÓN 1 - Información estándar del sistema *HMIS* de la coalición *NCCEH*

La **información estándar** puede ser vista por todas las agencias participantes que implementen nuestro sistema *HMIS*. Esta información nos permite desduplicar archivos y seleccionar el registro correcto. Todo el personal que utiliza el sistema *HMIS* está debidamente capacitado en materia de privacidad.

**¿Qué información de usted se comparte en el sistema *HMIS*?**

- Nombre
- Edad/año de nacimiento
- Estatus de veterano
- Sexo
- Número parcial de Seguro Social

*De tener alguna inquietud respecto a la privacidad, usted puede marcar "No" para que solamente nuestra agencia vea tal información. El rechazar que se comparta la información estándar del sistema *HMIS* de la coalición *NCCEH* pudiera ocasionar la duplicación de perfiles y brechas en el historial del servicio a usted.*

### SECCIÓN 2 - Cómo se comparten datos a nivel local

Nuestra agencia está de acuerdo en compartir con otras agencias información sobre clientes registrados en el sistema *HMIS*. Esto significa que la información de usted será visible para los usuarios del sistema *HMIS* de otras agencias coordinando servicios a nivel local y, que su información podrá discutirse verbalmente, por escrito, electrónicamente o en documentos descargados del sistema *HMIS*. De optar usted por compartir información, se puede compartir tanto su información actual como la de su historial. Al consultar este sitio, haciendo una búsqueda por nombre de agencia, [ncceh.org/hmis/clientconsent](https://www.ncceh.org/hmis/clientconsent) se puede encontrar una lista de las agencias con las que compartimos información.

**¿Qué información de usted se comparte en el sistema *HMIS* con tales agencias locales?**

- Nombre
- Edad/año de nacimiento
- Estatus de veterano
- Sexo
- Número parcial de seguro social
- Información demográfica (p. ej., raza, estatus de veterano)
- Ingresos y beneficios
- Discapacidades
- Registros y remisiones a programas y servicios
- Anotaciones del proceso de entrada coordinada
- Estatus de violencia doméstica
- Evaluación de vivienda (p. ej., Índice de vulnerabilidad, - herramienta de asistencia de priorización de servicios
- Historial de vivienda, de carencia de vivienda y servicios que se le han proporcionado

*De tener alguna inquietud respecto a la privacidad, usted puede marcar "No" para que solamente nuestra agencia vea tal información. El rechazar que se comparta la información a nivel local pudiera ocasionar demoras en la prestación de servicios que dependen de tareas de coordinación.*

<sup>1</sup> Homeless Management Information System, *HMIS*  
<sup>2</sup> North Carolina Coalition to End Homelessness, *NCCEH*

**Los derechos de usted:**

- El rechazo de usted para compartir información en este sistema, no impedirá que se le ofrezcan tales servicios como asistencia de emergencia, alcance comunitario, albergues/refugios o asistencia de vivienda. Posiblemente las remisiones a servicios sufran demoras o no estén disponibles.
- No utilizaremos ninguna información que usted proporcione relativa a: raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, estatus familiar, orientación sexual real o percibida, identidad de género ni estado civil de ninguna forma que pueda discriminarle o impedirle que obtenga servicios o asistencia para vivienda. De sentir que se le ha discriminado, tiene derecho a presentar una queja.
- Usted puede solicitar una copia del Aviso de Privacidad de esta agencia, en la cual se explica el sistema *HMIS*, los derechos y responsabilidades de usted, así como la forma en que se conserva y se comparte la información a través de tal sistema.
- Tiene derecho a ver su propia información, a solicitar cambiarla y a obtener una copia de tal información de parte de la agencia que presta los servicios, mediante una solicitud por escrito. Una agencia puede negarse a cambiar la información del registro de usted; sin embargo, la agencia debe proporcionarle, dentro de los 60 días posteriores a la solicitud, una explicación por escrito sobre el motivo del rechazo. A las agencias se les permite cobrar por reproducir un registro.
- Usted puede retirar su autorización para compartir información en cualquier momento, escribiendo al personal que figura en nuestro Aviso de Privacidad. No obstante, cualquier información que haya sido compartida con otra agencia, no puede retirarse. Usted debe informar directamente a cada agencia con la que esté colaborando, que ha retirado su autorización para compartir información.
- La confidencialidad de su archivos, por ley, está protegida. Nuestra agencia nunca proveerá información sobre usted a ninguna parte externa sin su consentimiento específico por escrito, hecho a través de este Aviso de Divulgación, o según lo exija la ley (Regulaciones: Ley Federal de Confidencialidad para Pacientes de Consumo de Alcohol y Drogas<sup>3</sup>, [código 42 *CFR*<sup>4</sup>, parte 2] y Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico<sup>5</sup>, [código 45 *CRF*, partes 160 y 164]), así como ciertas leyes de Carolina del Norte.

**Este Aviso de Divulgación estará en vigencia activa durante un año a partir de la fecha de la firma.**

**Instrucciones:** Marque la casilla, junto a la afirmación que corresponda, que usted comprende y acepta:

Acepto que la información mencionada anteriormente se comparta con todas las agencias de ayuda que conforman los grupos a los que se ha hecho referencia.

**SECCIÓN 1 - Información estándar del sistema *HIMS***

- Sí, estoy de acuerdo en compartir mi información estándar del sistema *HMIS* para propósitos de des duplicación.
- No, no estoy de acuerdo en compartir mi información estándar del sistema *HMIS*.

**SECCIÓN 2 - Cómo se comparten datos a nivel local**

- Sí, estoy de acuerdo en compartir mi información estándar del sistema *HMIS* para propósitos de coordinación local.
- No, no, no estoy de acuerdo en compartir mi información estándar del sistema *HMIS* (solo nuestra agencia verá toda la información detallada de usted).

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor(a), o representante autorizado (cuando se requiera): \_\_\_\_\_

Parentesco con el cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de firma del tutor(a), o representante autorizado: \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Federal Law of Confidentiality for Alcohol and Drug Abuse Patients

<sup>4</sup> Code of Federal Regulations, *CFR*

<sup>5</sup> Health Insurance Portability and Accountability Act, *HIPAA*

**Este Aviso de Divulgación de información también se aplica a los siguientes dependientes:**

<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>

Para anotar dependientes adicionales, anexar otra hoja.

HMIS@NCCEH Release of Information v.07.23