

R1 CoC autorizaron de informacion

La RI Continuum of Care (RI CoC) esta compuesta de una red de agencias y organizaciones sin fines de lucro que proporciona hogar, alojamiento, y otros servicios individuates y familiares a aquellos sin hogar. Para servirte mejor, es esencial que todas las organizaciones que trabajan con usted puedan compartir informacion para planear y coordinar servicios que usted pueda necesitar. Solo personal autorizado puede compartir informacion tuya en escrito o verbal (por telefono o en persona) o electronicamente. Necesitamos tu permiso escrito para compartir esta informacion. Tu firma autoriza que las agendas comparta tu informacion para servirte mejor. Una lista de las agencias esta disponible si la desea.

Yo autorizo al RI CoC que comparta la siguiente informacion sobre mi con agencias miembros. Todo personal de las agencias estan entrenados en los procesos para proteger tu confidencialidad. Todos los miembros de la agenda de RI CoC han firmado un acuerdo para guardar tu confidencialidad.

La siguiente informacion A) Esta disponible solamente para los personales autorizados de las agencias que necesiten acceso a la base de datos para poder identificar a los clientes en sus proyectos al igual los trabajadores sociales y los administradores:

A) Informacion para identificar a la persona, como el nombre, fecha de nacimiento, y el numero de seguro social.

La siguiente informacion B) Se puede compartir solamente entre los personales de la agencia que sean trabajadores sociales o para funciones Administrativas:

B) Ingreso y bienes, ayuda de beneficios pUBLICOS, beneficios de seguro medico, vivienda y historia de empleo, historia educativa, historia criminal, si esta en alguna probatoria y la estadistica de la probatoria, informacion de su salud mental, tratamiento de su salud mental, informacion en su salud fisica, use pasado de Shelter y los nombres de los trabajadores sociales con quien has estado trabajando.

Por la razon en la cual, la red recibe fondos del Gobierno Federal, tenemos que coleccionar la siguiente informacion. Tu ni tu familia serian individualmente identificado por estos reports:

C) Nombre; fecha de nacimiento, numero de seguro social; genero; nacionalidad y etnicidad; estado militar; estado de discapacidad; y su estado de su vivienda anterior.

Yo entiendo que al firmar este formulario no significa que yo estoy garantizado ayuda. Negandose a firmar este formulario no me descalifica de recibir servicios basicos, en mente que otros programas que ofrecen servicios exigen informacion adicional en la cual yo tengo que cualificar. Yo entiendo que yo tengo el derecho de retirar mi consentimiento a cualquier tiempo en solicitud por escrito a el programa abajo. El retiro era efectivo en la fecha firmada and no es aplica a la informacion que ya ha sido colectada.

Esta autorizacion es valida esta que yo la retire por escrito.

Nombre del cliente: _____ Firma: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Agenda/Program: _____ Fecha: _____