

**Austin/Travis County Homeless Management Information System (HMIS)
Normas de Intercambio de Datos y Formulario de Autorización (ROI)**

Agencia llenando este formulario: _____

Esta agencia recopila información acerca de las personas que preguntan sobre nuestros servicios para las personas sin hogar. Cuando nos reunimos con usted, le pediremos información sobre usted y su familia. Pondremos la información que usted nos da en un programa informático llamado WellSky Systems ServicePoint (HMIS).

Todos los datos de HMIS se almacenan en un sistema informático. Su información será compartida con todas las agencias utilizando el programa HMIS para ayudarlo a obtener servicios de forma más rápida y sencilla. Una lista de todas las agencias actualmente utilizando el programa HMIS está en la página siguiente de este formulario, y usted puede pedir una copia nueva en cualquier momento.

La información personal que compartimos puede incluir:

- Información de identificación personal (su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento)
- Los miembros de su hogar
- Historial de empleo
- Historial militar
- Historia de vivienda y situación actual
- Historial de la educación
- La información demográfica (raza, etnicidad, y género)
- Sus ingresos y de donde vienen
- Servicios que ha solicitado o ha recibido
- Si usted tiene hogar
- Razones para la búsqueda de servicios
- Las necesidades de salud reportados por usted

Usted tiene el derecho de negarse a contestar cualquier pregunta en cualquier momento incluyendo preguntas acerca de las cosas mencionadas arriba. Nunca se le negará ayuda porque usted no contestó una pregunta, a menos que necesitamos esa información para saber si usted califica para un servicio.

No vamos a guardar o compartir registros de tratamiento sobre la salud mental, HIV/SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias a menos que usted nos dé permiso.

También podremos compartir algunos de sus datos de HMIS con agencias que no utilizan nuestro sistema ("agencias exteriores") para diferentes informes sobre las personas sin hogar. Información personal que le identifique sólo será puesto en esos informes si tenemos su permiso por escrito, o si es un requisito legal que nos permite u obliga compartir esa información sin permiso.

_____ **Favor ponga sus iniciales aquí para demostrar que usted ha leído y entiende las reglas anteriores.**

Autorización para la Divulgación de Información Personal

Además del intercambio de la información anterior, también podemos:

- Dejar a las agencias de HMIS compartir y discutir su información personal fuera del sistema informático para ayudarlo obtener los servicios;
- Dejar a las agencias de HMIS compartir y discutir su información personal fuera del sistema informático para la investigación, elaboración de informes y coordinación de servicios;
- Dejar a las agencias de HMIS que pongan registros de tratamiento sobre la salud mental, HIV / SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias en nuestro sistema informático como parte de su Información Personal.

Por favor, piense en la siguiente información antes de tomar sus decisiones:

- Información personal que le identifique sólo será compartida con las agencias exteriores si tenemos su permiso por escrito, o si la ley nos permite o nos obliga a compartir esa información sin permiso.

- Si usted nos da permiso para poner registros de tratamiento relacionados a la salud mental, HIV / SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias en nuestro sistema informático, compartiremos esa información igual que su otra información personal.
- Una lista de todas las agencias, que actualmente usan el programa HMIS, está al final de esta página. Cualquier agencia que no está en esa lista se considera una agencia externa. Otras agencias pueden unirse a esta lista en el futuro y compartir su información como las agencias corrientes de HMIS. Usted puede solicitar una lista actualizada de las agencias actuales de cualquier agencia en cualquier momento.
- Algunos de sus datos personales pueden estar protegidos adicionalmente por las leyes de privacidad estatal y federal. Las agencias que deben seguir estas leyes pueden necesitar un permiso adicional para recopilar o compartir parte de su información.
- Cuando compartimos su información con una agencia externa, esa agencia a veces puede compartir con otras agencias externas si la ley dice que pueden.
- Usted puede cancelar este permiso en cualquier momento mediante el envío de una carta escrita a la agencia donde usted llenó este formulario. Puede tomar hasta tres días laborables para procesar esta carta de cancelación.
- Este consentimiento es voluntario. No se le negara los servicios si usted se niega a firmar este formulario de consentimiento.

Agencias Corrientes Utilizando el Sistema HMIS:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • A New Entry • Any Baby Can • Capital Metropolitan Transportation Authority • Caritas of Austin • Casa Marianella • Catholic Charities of Central Texas • City of Austin – APL, CDU, DACC, EMS, CIT, APH • CommUnity Care • Ending Community Homelessness Coalition (ECHO) • Family Eldercare • First Baptist Church Austin • Foundation Communities • Foundation for the Homeless • Front Steps • Goodwill Industries of Central Texas • Green Doors • Housing Authority – City (HACA) • Housing Authority of Travis County (HATC) • Integral Care • LifeWorks | <ul style="list-style-type: none"> • LINC Austin • Maximizing Hope • Meals on Wheels and More • Mobile Loaves and Fishes • Mosaic Church Austin • Refugee Services of Texas • SAFE Alliance • Saint Louise House • Sunrise Homeless Navigation Center • The Salvation Army • Sobering Center • The Other Ones Foundation • Travis County – Health & Human Services & Veteran Services • Travis County – Mental Health Public Defenders • Travis County Public Defender's Office • Travis County Sheriff's Department • Trinity Center • U.S. Department of Veteran Affairs • Vivent Health |
|---|---|

**Austin/Travis County Homeless Management Information System (HMIS)
Normas de Intercambio de Datos y Formulario de Autorización (ROI)**

Por favor de escoja uno:

_____ **SI**, todas las Agencias de HMIS pueden compartir y discutir mi información personal y de mi familia fuera del sistema informático para que nos ayude dar los servicios. También pueden compartir esa información con agencias externas para la investigación, elaboración de informes y coordinación de servicios.

Su permiso para compartir su información actual e histórica tendrá una duración de siete años desde la fecha en que firmó el formulario de autorización (ROI).

_____ **NO**, no quiero que las Agencias de HMIS compartan y discuten mi información personal fuera del sistema informático. Yo tampoco quiero que información personal que me identifique se pueda usar para los informes o investigaciones externas. Agencias de HMIS sólo puede compartir la información en el sistema informático para preguntas que opto por responder.

Sección para Agencias Opcionales: Si eligió NO, usted puede también optar por dejar que las agencias de HMIS comparten y hablen de su información personal con agencias externas o individuos fuera del sistema informático para coordinar los servicios. Si usted quiere hacer eso, por favor inicial de sus opciones a continuación.

_____ Persona de Contacto: _____

- | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|
| _____ Austin Police Department | _____ Dept. of Assistive & Rehab Services | _____ St. David's Hospital |
| _____ Austin Recovery | _____ Integrated Care Collaboration | _____ TX RioGrande Legal Aid |
| _____ Capital of Texas Workforce | _____ Managed Care Organizations | _____ Other: |
| _____ Community Care Collaborative | _____ Seton/Brakenridge Hospitals | _____ Other: |
| _____ Dell Medical Center | _____ Social Security Administration | |

Favor escribe sus iniciales abajo si usted quiere poner registros de tratamiento sobre la salud mental, HIV / SIDA, o del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias en nuestro sistema informatico como parte de su informacion personal. Compartiremos esta delicada informacion de salud a los tipos de registros que usted nos indique a continuacion.

- _____ Registros de Tratamiento de la Salud Mental _____ Resultado de prueba de HIV/AIDS / Tratamiento
- _____ Registros del tratamiento de abuso de drogas, alcohol, u otras sustancias

Nombre de Cliente: _____

Nombre de Dependientes: _____

Client or Representative Signature: _____ **Date:** _____

Witness Signature: _____ **Date:** _____

For Organization use only (initial all that apply)

- () The Client received a telephonic explanation of this form. Staff obtained telephonic acknowledgement of HMIS Data Sharing Policy and documented that consent with the staff signature on this form.
- () The Client wishes to remain anonymous within HMIS.
- () An authorized representative completed this consent for the Client. A description of their right to do so is attached.
- () Other: _____.