

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para la Red de Servicios al Cliente del Condado de Lee (CSN, por sus siglas en inglés)

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO SE PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN POR FAVOR. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O DESEA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE FORMULARIO, CONTACTE AL ADMINISTRADOR DEL SISTEMA DE CSN AL (239) 533-7925.

A fin de atender mejor sus necesidades en _____ (nombre de la organización) para desarrollar planes de tratamiento significativos, determinar su elegibilidad para los servicios y monitorear su progreso en el cumplimiento de los términos del refugio, vivienda u otros servicios, _____ (nombre de la organización) junto con el programa Continuum of Care deben intercambiar, compartir o divulgar sus datos, información o registros que se hayan recopilado.

En toda organización, la información que aparece en sus expedientes se considera confidencial y privilegiada y no se puede intercambiar, compartir ni divulgar sin su consentimiento expreso e informado por escrito, excepto cuando la ley autorice lo contrario. Tenga en cuenta que se puede acceder al refugio, la vivienda y los servicios sin su consentimiento a fin de obtener información. Sin embargo, aunque su consentimiento, sea opcional, es un componente clave de la capacidad de nuestra comunidad para ofrecer los mejores servicios y viviendas.

Entiendo lo siguiente:

- Esta organización no puede condicionar la prestación de servicios a mi persona al firmar este consentimiento/autorización (esta organización no puede negarse a brindarme un servicio simplemente porque no acepte que se comparta mi información con otras organizaciones).
- Este formulario autoriza específicamente el uso de mi información en investigaciones realizadas con información que se encuentra en la CSN. En los informes de investigación publicados, no se me identificará por mi nombre, número de Seguro Social ni cualquier otra característica distintiva. Entre los tipos de investigación que se llevarán a cabo con esta información, se incluyen informes sobre el número y las características de las personas que utilizan diferentes tipos de servicios, la eficacia de los servicios y los cambios en las pautas a través del tiempo.
- Si lo autorizo, la CSN permitirá que mi información, incluida mi fotografía, sea compartida con otras organizaciones asociadas a la CSN. Esto puede incluir, entre otras cosas, información sobre mi historial educativo y antecedentes laborales, ingresos, elegibilidad y participación en programas, e historial personal. El propósito de compartir la información de esta manera es ayudar a las organizaciones en las que busco servicios a obtener mi información de manera más rápida, ayudar en el proceso de mi expediente y facilitar el acceso a los servicios que necesito.
- La información no se compartirá con las autoridades con "fines de cumplimiento de la ley" a menos que esté sujeta a lo dispuesto en el párrafo C. 1.i del Aviso de privacidad del Sistema de Información sobre la Atención a las Personas sin Hogar (HMIS, por sus siglas en inglés).
- Las organizaciones que se unan a la CSN después de que yo firme este consentimiento/autorización también tendrán acceso a la información personal que yo autorice para el intercambio de datos. Esta organización debe hacer los ajustes pertinentes para que yo pueda ver la lista actualizada de las organizaciones asociadas a la CSN.
- Tengo derecho a examinar, copiar y solicitar todos los registros que mantiene la organización en relación con los servicios que me proporciona y a recibir copia de este formulario, a menos que se me niegue expresamente en virtud de la ley federal o estatal. Entiendo que mis registros están protegidos por las normas federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y que no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley autorice lo contrario. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, verbalmente o por escrito, pero la cancelación no será retroactiva. Entiendo que la divulgación es válida por un año.

Doy mi consentimiento para el intercambio de información en CSN: Sí No

He leído este documento o me lo han leído o explicado y lo entiendo y estoy de acuerdo con los términos de este documento.

Firma del cliente o del tutor:

Fecha:

Firma del testigo:

Fecha:

Nombre impreso del cliente o tutor:

Nombre impreso del testigo:

Organizaciones asociadas de la CSN

Affordable Homeownership Foundation Inc.

Bob Janes Triage Center

Catholic Charities

Center for Independent Living

Clear Health Alliance

Community Assisted & Supported Living

Community Cooperative

Departamento de Servicios Humanos y Veteranos del Condado de Lee

El Departamento de Asuntos de los Veteranos

Goodwill Industries of SWFL

Jewish Family & Children's Service of the Suncoast

Lee County Housing Development Corporation Inc.

Lee County Homeless Coalition

Lee Health

Lehigh Community Services

Providence Family Life Center

La Oficina del Defensor del Pueblo

Personal de Law Enforcement Housing Outreach and Treatment (HOT)

SalusCare, Inc.

The Salvation Army

Servicios de Asuntos Previos al Juicio del Condado de Lee

St. Vincent De Paul CARES

United Way 211

UW House Interfaith Caregivers