

Agencias Asociadas en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de Georgia (GA HMIS)
Revocación por parte del Cliente del Consentimiento para Compartir Información

Por medio de la presente revoco el consentimiento para que las organizaciones participantes en el GA HMIS compartan la información ingresada en el GA HMIS sobre mí y mi familia. Al firmar este formulario entiendo que las agencias no podrán tener acceso a mi información ni podrán compartirla a menos que yo les otorgue consentimiento nuevamente en el futuro. Asimismo entiendo que esta revocación no afecta las divulgaciones realizadas anteriormente y no resultará en el retiro de la información histórica recolectada sobre mí.

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Su firma a continuación indica que ha leído (o le han leído) este formulario, y que sus preguntas han sido absueltas.

Nombre del Cliente/Tutor Legal (Por favor escriba con letra imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su Seguro Social (SS): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Hijos Menores de Edad (de existir)

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Solo para Uso del Personal de la Agencia:

Nombre de la Organización con Letra Imprenta

Nombre del Personal de la Organización con Letra Imprenta

Firma del Personal de la Organización

Fecha

Agencias Asociadas en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de Georgia (GA HMIS)
Consentimiento del Cliente para Compartir Información

El Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de Georgia (“GA HMIS”) es una base de datos en línea que es usada para recolectar información (datos) sobre clientes que recurren a servicios para personas sin hogar y de vivienda en el Estado de Georgia. Las organizaciones que reciben financiamiento para las personas sin hogar de parte del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU. (HUD) y de otros socios federales y estatales deben recolectar y almacenar información básica sobre las personas que reciben sus servicios. Esta organización participa en el GA HMIS, y al solicitar y aceptar sus servicios usted está otorgando su consentimiento para ingresar su información personal en el GA HMIS. Esta información se usa para determinar sus necesidades y proporcionarle servicios de apoyo a usted y su grupo familiar; además, dicha información es compartida con otras organizaciones que usan esta base de datos, teniendo como base su consentimiento firmado.

¿Qué tipo de información puede compartirse en el HMIS?

Nosotros recolectamos Información Personal Confidencial y General sobre usted y la registramos en el GA HMIS. Esta información compartida a través del HMIS está condicionada a su situación, y puede incluir pero no limitarse a:

- Sus datos personales básicos (incluyendo nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, género, raza/origen étnico, estado civil y número de miembros de la familia, vínculos dentro del grupo familiar, información de contacto, estatus de veterano, estatus de discapacidad);
- Su historia de falta de hogar y vivienda (incluyendo su estatus actual de vivienda, situación de convivencia actual y/o anterior, y donde y cuando tuvo acceso a los servicios);
- Información sobre su ingreso (fuentes y montos del ingreso familiar, información de empleo, habilidades laborales) y otros recursos como beneficios públicos y no monetarios;
- Su situación/información legal;
- Su historial médico general informado por usted mismo, incluyendo cualquier problema de salud mental o por abuso de sustancias o VIH (la información médica detallada o los tratamientos nunca se compartirán), y tipo de seguro médico;
- Sus razones para solicitar servicios, su necesidad de servicios, y los resultados de los servicios que le proporcionaron;
- Su información de contacto en caso de emergencias;
- Otra información necesaria para la elegibilidad de ciertos tipos de proyectos (como historial militar, educativo y laboral, orientación sexual, etc.)

¿Qué beneficio obtiene al compartir su información?

La información que proporciona al GA HMIS nos ayuda a coordinar los servicios más efectivos para usted y/o su familia. Al compartir su información usted podrá evitar pasar por varios filtros más de una vez, obtener servicios de manera más rápida y que estos sean más personalizados, y minimizar la cantidad de veces que tenga que contar su “historia”. Recolectar esta información también nos permite entender mejor la falta de hogar en su área local y la eficacia de los servicios proporcionados en su área.

¿Quién puede tener acceso a su información?

Las organizaciones participantes en el GA HMIS pueden tener acceso a sus datos cuando sea necesario. Estas organizaciones pueden incluir proveedores de servicios para personas sin hogar, otras organizaciones de servicios sociales, proveedores de vivienda, proveedores de servicios médicos y administradores del sistema. En raros casos, como cuando la ley lo exija o con fines de investigación, su información puede compartirse fuera de las organizaciones participantes en el GA HMIS (pero nunca con el público en general). Para mayor información por favor solicite una copia de nuestra política de privacidad.

¿Cómo se protege su información personal?

Su información en el HMIS está asegurada con claves y tecnología de transmisión encriptada. Además cada organización participante y usuario de sistema debe firmar un contrato para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Su información está protegida por los Estándares Federales de Privacidad del HMIS. En algunos casos dependiendo de los servicios proporcionados por una organización participante, su información también puede estar protegida por reglamentos federales y/o estatales adicionales que pueden requerir un consentimiento adicional por escrito antes de cualquier divulgación.

Al firmar este formulario, usted entiende que:

- Tiene derecho a recibir servicios incluso si no está de acuerdo con compartir su información.
- El dar su consentimiento para compartir su información no le garantiza automáticamente los servicios.
- Tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.
- Su consentimiento permite que su registro sea actualizado por cualquier organización participante con la que usted interactúe sin que se le pida que firme otro formulario de consentimiento.
- Su consentimiento no expira, pero puede cancelarlo en cualquier momento completando el formulario de Revocación por parte del Cliente del Consentimiento para Compartir Información. Además entiende que cualquier cancelación de este consentimiento no cambia retroactivamente la información que haya sido divulgada ni las acciones hayan sido tomadas con su autorización previa.
- La Política de Privacidad del GA HMIS contiene información más detallada sobre cómo su información puede ser usada y divulgada.
- A su solicitud, estamos obligados a proporcionarle, según corresponda:
 - Una copia de la Revocación por parte del Cliente del Consentimiento para Divulgar Información;
 - Una copia de la Política de Privacidad del GA HMIS;
 - Una copia de todos sus registros en el HMIS (aparte de apuntes) dentro de los cinco (5) días útiles de su solicitud;
 - Una lista actual de las organizaciones participantes que tienen acceso a su información.
- Si encuentra Información Personal Confidencial imprecisa o incompleta en sus registros, tiene el derecho de solicitar una corrección.
- La información general o los datos estadísticos provenientes del HMIS no darán a conocer su Información Personal Confidencial.
- Tiene derecho a presentar un reclamo en contra de cualquier organización que usted sienta que ha violado su confidencialidad.

- Si necesita ser referido a otra agencia de servicios, es posible que sea necesario que cierta información sea enviada a través del HMIS para facilitar la referencia. El no proporcionar consentimiento para compartir su información puede afectar negativamente el hecho de que los proveedores participantes satisfagan sus necesidades de servicio de manera coordinada.
- No está renunciando a ningún derecho protegido bajo la ley federal y/o de Georgia.

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Su firma a continuación indica que ha leído (o le han leído) este formulario de consentimiento por parte del cliente, y que sus preguntas han sido absueltas. Por favor indique su preferencia eligiendo una de las siguientes opciones:

- Doy consentimiento para permitir que mi información y la de mis hijos menores de edad (en caso corresponda, según se menciona a continuación) sea compartida a través del GA HMIS según se describe en este formulario de consentimiento.
- Doy consentimiento para permitir que mi información básica y la de mis hijos menores de edad (en caso corresponda, según se menciona a continuación) sea compartida a través del GA HMIS. Sin embargo, deseo limitar el compartir otra información según se especifica en el Consentimiento del Cliente para Compartir Información – Formulario Complementario.
- No doy consentimiento para que mi información sea compartida a través del GA HMIS. Entiendo que esta elección puede afectar negativamente la calidad de los servicios que los proveedores participantes del GA HMIS pueden proporcionar.

Nombre del Cliente/Tutor Legal (Por favor escriba con letra imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su Seguro Social (SS): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Hijos Menores de Edad (de existir)

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de su SS: _____

Solo para Uso del Personal de la Agencia:

Nombre de la Organización con Letra Imprenta

Nombre del Personal de la Organización con Letra Imprenta

Firma del Personal de la Organización

Fecha

Agencias Asociadas en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de Georgia (GA HMIS)
Consentimiento del Cliente para Compartir Información – Formulario Complementario

Instrucciones:

Si ha seleccionado la opción parcial/limitada en el formulario de Consentimiento del Cliente para Compartir Información, por favor use este formulario complementario para registrar las limitaciones de su consentimiento para compartir información. Si está completando este formulario en representación de sus hijos menores de edad, por favor use un formulario complementario por cada hijo incluido en el formulario de Consentimiento del Cliente para Compartir Información.

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Últimos 4 dígitos de su Seguro Social (SS): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Restricciones Organizacionales

Por favor seleccione una de las siguientes opciones y luego indique las agencias (su trabajador social del caso puede proporcionarle una lista de agencias).

Deseo limitar el uso compartido de mi información vía el GA HMIS a las siguientes agencias:

Deseo permitir que mi información se comparta vía el GA HMIS con todas las agencias participantes, excepto con la siguiente:

Restricciones de Datos

Por favor seleccione una de las siguientes opciones y luego indique la información aplicable (su trabajador social del caso puede ayudarlo a decidir sobre la información que pueda ser aplicable).

Deseo limitar el uso compartido de mi información vía el GA HMIS a los siguientes elementos:

No deseo limitar el uso compartido de mi información vía el GA HMIS con excepción de los siguientes elementos:

AUTODECLARACIÓN DE INGRESO

Nombre del Solicitante de ESG (Subvenciones para Soluciones de Emergencia): _____

Por medio de la presente se certifica el estatus del ingreso correspondiente al individuo mencionado anteriormente. El ingreso incluye pero no se limita a:

- El monto total del ingreso bruto ganado antes de impuestos y deducciones.
- El ingreso neto ganado de la operación de un negocio, por ejemplo, los ingresos totales menos los gastos de operación del negocio. Esto también incluye cualquier disposición de efectivo del negocio o profesión para su uso personal.
- El ingreso mensual por intereses y dividendos depositado en una cuenta bancaria del solicitante, disponible para su uso.
- El pago mensual recibido del Seguro Social, anualidades, fondos de jubilación, pensiones, pagos por discapacidad y otros tipos similares de pagos periódicos.
- Cualquier pago mensual en lugar de sueldo como por ejemplo pago por desempleo, compensación por discapacidad, SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario), SSDI (Seguro de Discapacidad del Seguro Social) e indemnización por accidente laboral.
- El ingreso mensual proveniente de agencias gubernamentales excluyendo los montos designados para albergue, servicios públicos, WIC (servicios para mujeres, bebés y niños), cupones de alimentos y guardería infantil.
- Los pagos de pensión alimenticia, manutención y cuidado temporal recibidos de organizaciones o de personas que no residen en la vivienda.
- Todo pago básico, pago especial y subsidio de un miembro de las Fuerzas Armadas excluyendo un pago especial por exposición a situaciones hostiles.

Marque solo un casillero y complete solo esa sección

Certifico bajo pena de perjurio que actualmente recibo el siguiente ingreso:

Fuente: _____ Monto: _____ Frecuencia: _____
Fuente: _____ Monto: _____ Frecuencia: _____
Fuente: _____ Monto: _____ Frecuencia: _____

Firma del Solicitante de ESG: _____ Fecha: _____

Certifico bajo pena de perjurio que no tengo ningún ingreso de ninguna fuente actualmente.

Firma del Solicitante de ESG: _____ Fecha: _____

Verificación del Personal de ESG * Esta sección DEBE ser completada.

Entiendo que la verificación por parte de un tercero es el método preferido para certificar el ingreso para asistencia de ESG. Entiendo que la autodeclaración solo está permitida cuando he intentado pero no he logrado obtener la verificación por parte de un tercero.

Documentación del intento realizado para obtener la verificación por parte de un tercero:

Firma del Personal de ESG: _____ Fecha: _____

AUTOCERTIFICACIÓN DE FALTA DE HOGAR / VIOLENCIA DOMÉSTICA

Por medio de la presente se certifica que la persona o el grupo familiar indicado a continuación actualmente no tiene hogar teniendo como base los casilleros marcados, la demás información incluida y la firma que indican su situación de convivencia actual. **Debe llenarse todo el formulario.**

Nombre del Solicitante de ESG:

- Individuo sin hijos dependientes (complete un formulario por cada miembro adulto del grupo familiar)
 - Grupo familiar con hijos dependientes (complete un formulario por cada miembro adulto del grupo familiar)
- Número de personas en el grupo familiar: _____

Autocertificación

Solicitante de ESG marque solo un casillero:

- Actualmente yo [y mis hijos, de ser aplicable] no tengo/tenemos hogar y vivimos en la calle (por ejemplo, en un carro, parque, edificio abandonado, paradero del bus, aeropuerto o lugar para acampar).
- Yo [y mis hijos, de ser aplicable] soy/somos víctima(s) de violencia doméstica y estoy/estamos huyendo del abuso, no hemos identificado una residencia, y carecemos de recursos o redes de apoyo, como por ejemplo: familia, amigos, redes religiosas u otras redes sociales, necesarias para obtener vivienda donde mi/nuestra seguridad no esté en peligro.
- Yo [y mis hijos, de ser aplicable] estoy/estamos siendo desalojados de la vivienda en la que estamos actualmente y debemos dejar esta vivienda dentro de los próximos 14 días.

Certifico que no tengo suficientes recursos financieros ni redes de apoyo como familia, amigos, redes religiosas u otras redes sociales disponibles inmediatamente para obtener vivienda o para conseguir estabilidad de vivienda sin asistencia de ESG. Certifico que la información anterior y cualquier otra información que haya proporcionado al solicitar asistencia de ESG es verdadera, precisa y completa.

Firma del Solicitante de ESG: _____ Fecha: _____

Diligencia Debida del Personal de ESG

Entiendo que la verificación por parte de un tercero es el método preferido para certificar la falta de hogar/el riesgo de falta de hogar/el estatus de víctima en el caso de una persona que está solicitando asistencia de ESG. Entiendo que la autodeclaración solo está permitida cuando he intentado pero no he logrado obtener la verificación por parte de un tercero.

Documentación de los intentos realizados para obtener la verificación por parte de un tercero:

Firma del Personal de ESG: _____ Fecha: _____

AUTODECLARACIÓN DE FALTA DE HOGAR CRÓNICA

Siempre se prefiere la verificación de falta de hogar crónica realizada por parte de un tercero; sin embargo, este documento de Autodeclaración puede usarse cuando una persona/grupo familiar sin hogar que solicita asistencia de ESG carece de las conexiones con proveedores de servicios que son necesarias para completar una Verificación de Falta de Hogar Crónica realizada por Parte de un Tercero.

Nombre del Solicitante de ESG: _____

- Grupo familiar sin hijos dependientes (complete un formulario por cada adulto del grupo familiar)
 - Grupo familiar con hijos dependientes (complete un formulario por cada adulto del grupo familiar)
- Número de personas en el grupo familiar: _____

El solicitante o cabeza del grupo familiar tiene la siguiente discapacidad: (marque todas las alternativas que correspondan)

- Un trastorno por abuso de sustancias diagnosticable
- Una enfermedad mental grave
- Una discapacidad del desarrollo
- Una discapacidad o enfermedad física crónica, incluyendo la co-ocurrencia de dos o más de estas condiciones

Y

- Vive en un lugar que no está destinado para ser habitado por personas, en un refugio seguro, o en un albergue de emergencia

Y

Según se describió anteriormente, ha estado sin hogar:

- Continuamente por al menos 12 meses **a**
- En al menos 4 ocasiones distintas en los últimos 3 años; cuando las ocasiones sumadas dan un total de al menos 12 meses y cada pausa de falta de hogar duró al menos 7 noches
- Viviendo en una instalación de cuidado institucional por menos de 90 días y ha cumplido con todos los criterios anteriores (incluyendo los 12 meses en total de falta de hogar) antes de ingresar a esa instalación

** La permanencia en instalaciones de cuidado institucional por menos de 90 días no constituirá una pausa de falta de hogar, sino que dicha permanencia se incluirá en el periodo total de 12 meses, siempre y cuando la persona haya estado viviendo o residiendo en un lugar que no esté destinado para ser habitado por personas, en un refugio seguro, o en un albergue de emergencia inmediatamente antes de ingresar a la instalación de cuidado institucional.*

Certifico que no tenía hogar (dormía en un lugar no destinado para ser habitado por personas como por ejemplo la calle) **O** que estuve viviendo en un albergue de emergencia para personas sin hogar durante el siguiente periodo de tiempo:

Periodo de Tiempo (Inicio)	Periodo de Tiempo (Término)	Número de Días	Lugar de Permanencia
Total de días			

¿Qué más le gustaría compartir sobre su historia? Por ejemplo, “No puedo recordar el nombre del lugar donde estuve viviendo durante el otoño de 2012 pero creo que fue un albergue de emergencia para personas sin hogar. Tengo problemas con mi memoria desde aquel tiempo debido a una enfermedad.”

Certifico que la información anterior es correcta.

Firma del Solicitante de ESG: _____ Fecha: _____

Certificación del Personal de ESG

Entiendo que la verificación por parte de un tercero es el método preferido para certificar la falta de hogar o el riesgo de falta de hogar en el caso de una persona que está solicitando asistencia de ESG. Entiendo que la autodeclaración solo está permitida cuando he intentado pero no he logrado obtener la verificación por parte de un tercero.

Documentación de los intentos realizados para obtener la verificación por parte de un tercero:

Firma del Personal de ESG: _____ Fecha: _____