

River Valleys Sistema de Ingreso Coordinado Aviso del Participante y Consentimiento para la Divulgacion de Informacion

Yo, _____ (inserte el nombre de los participantes), entiendo que River Valleys Sistema de Entrada Coordinada (CES) es una asociacion de agencias que comparten informacion para proporcionar un sistema de respuesta sin hogar mas coordinado. Autorizo que los socios de CES de River Valleys puedan compartir mi informacion para mejorar los servicios para mi. Tambien autorizo que mi informacion pueda ser vista por River Valleys CES- y River Valleys Cuidado Continuo (CoC)- Administradores del Sistema designados para la evaluacion del sistema, lo que ayudara a mejorar los servicios que se me ofrecen a mi y a otros en la region de River Valleys CES. Al inicializar "Si" a continuación y colocar mi firma, o, cuando se reúna por teléfono y la política de la agencia lo permita, al permitir que el personal firme en mi nombre, acepto que mi información se pueda compartir con otros River Valleys CES Socios y Administradores del Sistema. Entiendo que las agencias que participan en CES pueden cambiar de vez en cuando y que una copia de la lista actual de agencias esta disponible a pedido.

Puede ser contactado y/o las personas que enumero como un contacto alternativo, por uno o mas de los siguientes metodos para vivienda y/o para actualizar su informacion de Evaluacion de Entrada Coordinada: correo, telefono, mensaje de texto o correo electronico.

Si: ___ No: ___ Fecha: _____ Firma del Participante: _____

Consentimiento verbal obtenido por teléfono

Firma del Personal de la Agencia: _____ Fecha: _____

DESCRIPCION DE LA INFORMACION QUE SE PUEDE COMPARTIR

Este formulario autoriza la identificacion de la informacion de la evaluacion, incluidos, entre otros, los elementos enumerados a continuacion, que se compartiran habitualmente en el CES de River Valleys para ayudarme mejor a mi y/o mi familia.

- Informacion de Familia/Hogar (Nombres, Fecha de Nacimiento, Raza, Genero)
- Informacion de Ingresos y Beneficios
- Educacion e Historia Laboral
- Historia de la Vivienda y Barreras
- Estado e Historia de las Personas sin Hogar
- Estatus de Veterano
- Programa y Servicio de Participacion y Contactos
- Informacion de Salud, Incluida la Salud Fisica y La Salud del Comportamiento (pero no registros de casos)
- Foto

LA INFORMACION DEL EXAMEN Y EVALUACION CES DE MN River Valleys SE PUEDE COMPRTIR CON:

No es un listado inclusive

- Agencias de Servicios Sociales
- Proveedores de Vivienda

- Oficina de Servicios para Veteranos
- Proveedores de Servicio
- Programas de Refugio
- Autoridades de Vivienda y Reurbanización
- Agencias de Abuso Domestico

PROPOSITO DE COMPARTIR

La informacion del examen y la evaluacion CES de River Valleys se compartira con el proposito de:

- Evaluar la elegibilidad de mi programa
- Priorizar mi necesidad de servicios
- Vincularme a los servicios mas adecuados
- Evaluacion del programa River Valleys CES y el redimiento del Sistema
- Evaluacion de brechas de servicio, necesidades y duplicacion en River Valleys CES

Esta autorización es voluntaria y estrictamente para compartir información necesaria para ingresar y moverse a través del Sistema de Ingreso Coordinado y NO se puede utilizar para ningún otro propósito. La información recopilada, mantenida y almacenada por el Cuidado de River Valleys, y compartida con los proveedores de servicios, puede incluir registros relacionados con su comportamiento y/o salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA y genética.

Esta información es necesaria para determinar su elegibilidad para vivienda y servicios. No se le negara ayuda si no desea firmar este formulario o si no desea permitir que CES comparta su información personal. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación verbal o escrita de revocación a River Valleys CES. Revocar esta autorización no afectara ninguna acción tomada o información compartida antes de la notificación de revocación. Puede tener una copia de esta autorización.

Una copia de esta divulgación de información y la Advertencia de Tennessee u otra notificación de prácticas de Privacidad requerida por la agencia me fue proporcionada

por _____ (insertar nombre del personal) de
 _____ (insertar el nombre de la agencia)

Firma del Participante o Tutor/Representante Legal _____ Fecha _____

Firma del Personal _____ Fecha _____