



**Sistemas de Manejo de Información de Personas Sin Hogar de Kentucky
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE Y AUTORIZACIÓN DE
LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN (Rev. 1/08)**

Cuando usted solicita o recibe servicios de _____ (nombre de la agencia), recogemos información acerca de su hogar y la ingresamos en un programa de cómputo que nos ayuda a seguir la pista a dicha información. Esta agencia es una agencia socia en el sistema ServicePoint. ServicePoint es un sistema de manejo de información compartida de personas sin hogar y alojamiento administrado por el Distrito de Desarrollo del Área Norte de Kentucky (Kentucky Housing Corporation). ServicePoint puede mejorar los servicios y programas para las personas sin hogar o los hogares de bajos ingresos permitiendo al personal autorizado en las Agencias Socias compartir información relevante del cliente necesaria para entregar servicios, para usar un directorio en línea de servicios disponibles en todo el estado, y seguir las tendencias demográficas y patrones de servicio. El sistema ServicePoint opera por el Internet y usa muchas protecciones de seguridad para ayudar a asegurar confidencialidad.

- La información que usted proporciona mejora los servicios que esta agencia o su comunidad pueden ofrecerle.
- Su nombre u otra información de identificación **no** se reportará a oficinas y organizaciones que planean y financian los servicios para las personas sin hogar.
- El NKADD **no** reportará o revelará su nombre u otra información, que le identifique.
- La información acerca de: el diagnóstico o tratamiento de un desorden mental, un desorden de drogas o alcohol, VIH, SIDA, o preocupaciones de violencia doméstica, no se revelarán sin su consentimiento informado por escrito.
- **No se requiere legalmente que usted proporcione ninguna información. Usted no tiene que proporcionar ninguna información para recibir servicios.**

Cuando usted recibe servicios, reúne información sobre usted, los servicios que se le proporcionan, y los resultados que estos servicios le ayudan a lograr. Esta información se reunirá para que la agencia y la comunidad puedan:

- 1.) Inscribirle en un sistema estatal (en Kentucky) de información de clientes, ServicePoint.
- 2.) Monitorear los resultados de los servicios que se le proporcionan.
- 3.) Mejorar la calidad del cuidado y los servicios para los individuos sin hogar y las familias.

La agencia le pide su permiso para compartir información con otras agencias en la planeación y entrega de servicios para usted. Si usted no lo restringe, su nombre y otra información básica de identificación estará disponible para las Agencias Socias por hasta tres (3) años. Por favor especifique abajo:

Escoja solamente una de las cinco opciones enumeradas. Ponga su inicial y la fecha junto a su elección. Luego firme y ponga la fecha al final de esta página

- (1) _____ **No** autorizo la liberación y compartir **ninguna** información.
- (2) _____ Autorizo la liberación y compartir **toda** la información.
- (3) _____ Autorizo la liberación y compartir toda la información **excepto** lo siguiente: (marque todas las que apliquen abajo)
 - ____ Información básica de información (nombre, número de Seguridad Social, dirección, números de teléfono, género, raza, estado civil, relaciones hogareñas)
 - ____ Servicios provistos/historia de servicio
 - ____ Empleo, Habilidades, Educación e Información de Ingresos
 - ____ Información residencial/de alojamiento

** La información médica no será compartida con ninguna otra agencia a menos de que el cliente esté de acuerdo firmando una liberación separada. **

(4) _____ Autorizo la liberación y compartir **toda** la información excepto a la/s siguiente/s agencia/s:

(5) _____ Autorizo la liberación y compartir **toda** la información **solamente** a la/s siguiente/s agencia/s:

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento con solicitud por escrito a la organización a la que originalmente di la autorización, pero la cancelación no puede ser retroactiva.

Entiendo que esta liberación es válida por tres (3) años a partir de la fecha de este documento.

Firma del Cliente, Tutor, o Carta Poder

Fecha

Firma del Testigo

Fecha