



Wisconsin HMIS Informado y Permiso del Cliente para Compartir Información

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION Y PARA OBTENER SERVICIOS NECESARIOS

Por favor lea la siguiente notificación y autorización (o pida que se lo lean) antes de firmarla.

Esta agencia, la de _____ participa en la Red Punto de Servicio de Wisconsin (WISP). Agencias participan en la Red Punto de Servicio de Wisconsin (WISP) pertenecen en el Sistema de Información Administrativa de Desamparados de Wisconsin (HMIS) un servicio de internet. Esta red es administrada por el Instituto de Alianzas Comunitarias (ICA en inglés).

LOS BENEFICIOS PARA EL CONSUMIDOR AL COMPARTIR LOS DATOS

Elimina duplicados de registro	Acceso rápido al sistema de coordinación de servicios dándole resultados más rápidos con la asistencia necesaria
Reduce el tiempo que se pierde respondiendo las mismas preguntas básicas sobre su situación	Les permite a las agencias enfocarse en la situación de necesidad de servicios
Reduce el tiempo que se pierde al estar contando su situación a los proveedores de servicios	Múltiples servicios se pueden coordinar fácilmente y reducir eficazmente

El Punto de Servicios de Wisconsin cerciora la seguridad de sus sistemas. Por favor lea a continuación detalles sobre tales medidas de seguridad.

Ya que esta red incluye a muchos proveedores de servicios de los condados de Wisconsin, usted tiene la oportunidad de compartir su información con estos por si está buscando servicios adicionales. Su identidad e información junta por HMIS será compartida, con su aprobación por escrito, en la red. Sistema de Información Administrativa de Desamparados de Wisconsin HMIS incluye sus datos demográficos e información personal esencial necesaria para mejor determinar sus necesidades de servicios.

El programa de computación usado para este propósito tiene el protocolo de normas industriales de seguridad y es puesta al corriente regularmente para mantener estos requisitos de seguridad. La información que usted ofrece únicamente será compartida con esta agencia, la red, y un personal limitado del Instituto por Alianzas Comunitarias. Ningún dato personal de identificación será compartido de parte de nuestra agencia con ningún Departamento del Estado de Wisconsin o Gobierno Federal. La información obtenida está bajo cuidado en un servidor seguro a WellSky, Inc. en Shreveport, Louisiana. Personal limitado de WellSky tiene acceso a este servidor y datos para con el propósito de apoyo y mantenimiento. La recopilación y mantenimiento de datos para esta red será de por lo menos siete años de la última fecha de servicios ofrecidos.

La lista de agencias que participan en la red puede consultarse en www.icalliances.org. Esta lista puede cambiar.

Por Favor fíjese si da permiso para que su información sea compartida, ese acuerdo estará en efecto hasta que usted lo revoque por escrito. Usted puede terminar su acuerdo, y su información personal y de servicios no serán compartidos de tal fecha en adelante. Si usted no da permiso a esta agencia para compartir su información, ninguna otra agencia de la red tendrá acceso a tal.

Cuidando la privacidad y seguridad de aquellos que usan nuestros servicios es extremadamente importante. Su archivo solo será compartido si usted da permiso. A usted no se le pueden negar servicios a los cuales califica aun sin compartir su información. Sin embargo aun si usted no quiere compartir su información con otras agencias. Reglamentos federales y estatales tal vez requieran compartir tal colección de datos limitados con el propósito para obtener fondos.

Tipo de información que será compartida:

- Información personal e identificación: Nombre (completo), número de Seguro Social, fecha de nacimiento, Etnicidad, Genero, Su más reciente dirección, categoría militar (¿es veterano/a o no?)
- Programa de vivienda específico: Inicio/Salida, Evaluación por agencia, Servicios, entrada coordinada, Notas sobre su caso, Recomendaciones.
- Evaluación mas reciente: Ingresos, beneficios sin ayuda monetaria, Discapacitaciones, Violencia Domestica

Por favor indique su preferencia sobre cómo debe de ser compartida su información:

1ra Opción:

- _____ al escribir mis iniciales aquí, estoy de acuerdo a compartir información mencionada anteriormente en este documento sobre mí, mi hijo/a/mis hijos/as; para coordinar servicios con todas aquellas agencias participantes en esta red
- Consentimiento Verbal

2da Opción

- _____ al escribir mis iniciales aquí, estoy de acuerdo a compartir información limitada sobre mí, mi hijo/a/mis hijos/as; mencionada anteriormente para coordinar servicios con esta agencia y agencias nombradas a continuación

_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Consentimiento Verbal

3ra Opción:

- _____ al escribir mis iniciales aquí, No deseo compartir cierta información mencionada anteriormente sobre mí, mi hijo/a/mis hijos/as para coordinar servicios con otras agencias
- Consentimiento Verbal

Yo entiendo que al firmar lo siguiente es únicamente para compartir datos entre las agencias de La Coalición pro Destituidos de Wisconsin y no garantiza que recibiré asistencia. Del mismo modo yo entiendo que NO se me negara servicio alguno si me rehusó a compartir tal información

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Imprima su Nombre: _____

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Imprima su Nombre: _____

Firma personal del a agencia: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo verbal obtenido por teléfono (iniciales, personal de la agencia) _____ **Fecha:** _____