



# Continuidad de atención del condado de San Luis Obispo

## Sistema de información para la gestión de personas sin hogar

### Consentimiento para la divulgación de información

El Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (SIGPH) del Continuo de Atención (CoC) del Condado de San Luis Obispo es una base de datos segura que recopila información sobre la vivienda y los servicios proporcionados a personas y familias sin hogar y en riesgo de quedarse sin hogar. Los proveedores que participan en el SIGPH deben recopilar datos universales de todos sus clientes, incluyendo información de identificación personal (IIP), características demográficas e historial residencial. Esta información es fundamental para que los proveedores y las comunidades comprendan mejor el alcance y la naturaleza de la falta de vivienda a nivel local, evalúen la eficacia del programa y mejoren la provisión futura vivienda y servicios. Algunos proveedores son requeridos por sus financiadores a obtener información adicional para determinar la elegibilidad y monitorear los resultados. La mayoría de los proveedores de servicios para personas sin hogar financiados por el gobierno federal deben participar y registrar a los clientes a los que atienden en un SIGPH.

Esta Agencia participa en SIGPH y comparte información con otras agencias participantes de SIGPH para ayudar a coordinar los servicios más efectivos para usted y los miembros de su hogar.

#### ¿Qué información se comparte en SIGPH?

Información estándar	Información personal y de salud
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre</li><li>• Fecha de nacimiento</li><li>• Edad</li><li>• Género</li><li>• Estatus de veterano</li><li>• Número de Seguro Social parcial</li><li>• Raza y etnicidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Condiciones incapacitantes, incluidos trastornos por consumo de sustancias y condiciones de salud mental</li><li>• Información sobre el seguro de salud</li><li>• Historial de las personas sin hogar</li><li>• Situación laboral</li><li>• Orientación sexual</li><li>• Historial académico</li><li>• Datos de sobrevivientes de violencia doméstica, si corresponde.</li></ul>

#### ¿Cómo se utilizará su información?

- Proporcionar o coordinar servicios en nombre de una persona o un hogar;
- Para el pago o reembolso de servicios;
- Para llevar a cabo funciones administrativas, incluidas, entre otras, funciones de supervisión y gestión; o
- Para crear informes resumidos sin identificarte ni confundirle con otra persona
- Para usos adicionales y específicos definidos en la Política de privacidad de SIGPH.



### **¿Quién puede tener acceso a su información?**

Su información se compartirá con otras agencias participantes del SIGPH del CoC de San Luis Obispo que se comprometen a mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Para una coordinación adicional de la atención y de la reduplicación, su información podría compartirse con el CoC-CA 603 de Santa Bárbara/Santa María o con el Sistema de Integración de Datos para Personas sin Hogar (SIDPH) del Estado de California. Puede solicitar una lista de las agencias participantes del SIGPH.

### **¿Cómo se protege su información personal?**

La información que se recopila en el SIGPH está protegida limitando el acceso a la base de datos y limitando con quién se compartirá la información, de conformidad con las normas establecidas en las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de clientes. Cada persona y agencia autorizada a leer o ingresar datos en SIGPH ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Los datos de SIGPH están protegidos mediante contraseñas y tecnología de cifrado.

### **Al firmar este formulario, usted entiende y acepta que:**

- Su rechazo a no compartir información no se utilizará para negarle servicios en esta agencia.
- Usted tiene derecho a ver su información, solicitar cambiarla y obtener una copia de su información de la agencia de servicios mediante una solicitud por escrito. También puede solicitar ayuda a esta agencia para documentar su historial de falta de vivienda para calificar para ciertos programas. Una agencia puede negarse a cambiar la información, pero debe proporcionarle una explicación por escrito de la denegación dentro de los 60 días posteriores a la solicitud.
- Cualquier información que proporcione relacionada con raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, situación familiar, orientación sexual, identidad de género o estado civil, real o percibida, se utilizará de ninguna manera que pueda discriminarle o impedirle recibir servicios o asistencia para la vivienda. Tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado.
- Puede solicitar una copia de este aviso de privacidad y otras políticas de la agencia que explican SIGPH y sus derechos asociados con la forma en que se conserva y se comparte la información a través de SIGPH
- Puede solicitar que un proveedor marque sus datos personales como privados (no compartidos) dentro de SIGPH; y
- Puede retirar su consentimiento para compartir información en cualquier momento escribiendo al personal indicado en nuestro aviso de privacidad de la agencia. Sin embargo, no podrá revocar la información ya compartida con otra agencia. Su solicitud para dejar de compartir información deberá coordinarse entre los socios. Debe informar a cada agencia con la que trabaja cuando retire su consentimiento.
- La confidencialidad de sus registros está protegida por la ley. Esta agencia nunca compartirá información sobre usted con nadie externo sin su consentimiento específico por escrito mediante esta autorización o según lo exija la ley (las regulaciones son la Ley Federal de Confidencialidad para Pacientes con Abuso de Alcohol y Drogas (42 CFR, Parte 2) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 CFR, Partes 160 y 164) y las leyes aplicables de California.



- Debe esperar proporcionar un consentimiento previo por escrito adicional para cualquier uso o divulgación de información personal identificable de SIGPH que no esté incluida en los usos y divulgaciones permitidos anteriormente.

## FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Su firma indica que ha leído (o le han leído) este formulario de consentimiento del cliente y que ha recibido respuestas a sus preguntas. Marque la casilla correspondiente para indicar:

☐ **Consentimiento:** Usted da su consentimiento voluntario para que su información, y la de sus hijos menores o dependientes (si los hubiera), se ingrese a la base de datos del SIGPH. También da su consentimiento para compartir su información con otras organizaciones participantes como se describe en este formulario de consentimiento.

☐ **Rechazo:** Usted comprende la información presentada y NO desea que se comparta su información personal y de salud. Usted entiende que la información estándar se seguirá compartiendo, pero no estará relacionada con esta agencia o programa en SIGPH.

**NOMBRE DEL CLIENTE****FIRMA DEL CLIENTE****FECHA**

**NOMBRE DEL CÓNYUGE**

FIRMA DEL CÓNYUGE

**FECHA**

Firma del tutor o representante autorizado (cuando sea necesario):

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de firma del tutor/representante autorizado: \_\_\_\_\_

**Esta divulgación de información también se aplica a los siguientes dependientes:**

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento