

Consentimiento del Cliente y Autorización para dar Información

Alianza para personas sin Vivienda del Oeste de Nueva York Red de Servicios del Area de Buffalo (BAS-Net)

_____ es una Agencia Asociada en la Red de Servicios del Area de Buffalo (BAS-Net). BAS-Net es un sistema de manejo de información administrado por La Alianza para Personas sin Viviendas del Oeste de Nueva York (HAWNY). Personal autorizado en las agencias asociadas entrará información relevante de los clientes en el BAS-Net con el propósito de mejorar el desarrollo de los servicios en la comunidad así como en la investigación y esfuerzos de planificación.

Esta forma completamente protege sus derechos a privacidad. Antes de que firme esta forma, usted debe:

1. Asegurarse que la autorización esta en su mejor interés. Usted tiene derecho a inspeccionar o a copiar la información que se va a revelar.
2. No firmar la autorización como un requerimiento para recibir servicios.
3. Entender que la información es limitada a los artículos que usted inicie.
4. Estar enterado que la organización arriba mencionada no puede asegurarle que la información no va a ser revelada by HAWNY. Sin embargo, La Alianza para Personas sin Viviendas del Oeste de Nueva York no dará a conocer su nombre, ni ninguna otra información que le identifique (incluyendo Número de Seguro Social, estado de ciudadanía o migratorio, dirección, número telefónico, contactos de emergencia, fecha de nacimiento, sexo, raza, estado marital, relaciones en el hogar) sin otra autorización suya.
5. Estar enterado que esta autorización no permite que se revele información acerca del diagnóstico o tratamiento sobre el SIDA. Una autorización separada es necesaria para revelar esta información.
6. Saber que usted puede restringir la revelación de información específica incluyendo pero no limitado a: su historia de salud mental y física, legal, militar, empleo y residencia, ingresos, habilidades, y notas de servicios y/o planes.
7. Saber información acerca de los servicios provistos a usted y que los resultados de los servicios pueden ser colectados con el propósito de mejorar la calidad del cuidado y los servicios a usted y otras personas e individuos y sus familiares sin vivienda.
8. Saber que esta autorización es valida por un (1) año desde el día que es firmada, a menos que sea revocada por escrito antes de que expire. Usted puede especificar un periodo mas corto de tiempo.
9. Saber que tiene derecho a una copia de esta autorización.

Favor de inicial en la linea de los artículos que se puede revelar a HAWNY.

___ Información general (incluye nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, ciudadanía, contactos de emergencia, sexo, raza, estado marital, composición del hogar).

___ Información médica (incluyendo salud mental y uso de drogas/alcohol)

___ Información militar

___ Historial legal

___ Empleo, habilidades, e información sobre ingresos

___ Información sobre residencia/vivienda

___ Historial de servicio, planes, y notas

Yo autorizó _____ a revelar la información arriba iniciada, a la Alianza para Personas sin Viviendas del Oeste de Nueva York (HAWNY) con el propósito limitado de identificar recursos necesarios y mejoramiento de servicios a la población sin Vivienda en el Oeste de Nueva York.

Firma del Cliente
(Padre/Guardian si es menor de 18 años de edad)

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

CANCELACION

Yo, por la presente, cancelo mi permiso a _____ para revelar información a la Alianza para Personas sin Vivienda del Oeste de Nueva York. La cancelación toma efecto en la fecha firmada. _____ no requiere recuperar información revelada antes de la cancelación.

Firma del Cliente
(Padre/Guardian si es menor de 18 años de edad)

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

NEGATIVA

Yo, por la presente, rehusó la autorización a _____ para revelar información a la Alianza para Personas sin Vivienda del Oeste de Nueva York.

Firma del Cliente
(Padre/Guardian si es menor de 18 años de edad)

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

**Consentimiento del Cliente y Autorización Para dar Información
Para la Red de Servicios del Area de Buffalo (BAS-Net)**

Esta agencia esta pidiendo su permiso para compartir información acerca de usted con otras agencias através del BAS-Net Base de Datos de la Comunidad.

Usted puede escoger el compartir alguna o toda la siguiente información marcando con sus iniciales en el articulo apropiado.

___ Información general (incluye nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, ciudadanía, contactos de emergencia, sexo, raza, estado marital, composición del hogar).

___ Información médica (incluyendo salud mental y uso de drogas/alcohol pero NO sobre su estado de SIDA)

___ Historial de servicio

___ Información militar

___ Historial legal

___ Empleo, habilidades, e información sobre ingresos

___ Información sobre residencia/vivienda

___ Otros:

Usted tambien puede especificar cuales agencias usted permite que tenga acceso a su información.

Mi información puede ser compartida con las siguientes agencias:

Entiendo que puedo cancelar esta autorización cualquier momento solicitándolo por escrito, pero mi cancelación sera activa hasta el momento de esos datos y no antes de eso. Entiendo que esta autorización es válida por un (1) año desde la fecha de este documento a menos que sea especificado de otra manera.

Firma del cliente o Guardian

Firma del Testigo

Fecha

Fecha