

FALTA DE VIVIENDA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS (WPC) EN EL CONDADO DE MARIN

Consentimiento del cliente para la recopilación de datos y revelación de información

A. ¿QUÉ ES LA DIVISIÓN WPC?

La División de Atención Integral de las Personas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (WPC de HHS) del condado de Marin se enfoca en ayudar a las personas a recibir recursos y servicios para cubrir sus necesidades de vivienda y de servicios para las personas sin hogar. La División de WPC de HHS contrata los servicios para personas sin hogar a organizaciones de la comunidad (CBO) y coordina las remisiones de los servicios para las necesidades de salud y sociales a las organizaciones asociadas.

- La División de WPC de HHS, sus organizaciones de la comunidad contratadas y las agencias asociadas buscan personas que actualmente no tienen casa y proporcionan administración de casos para ayudar con el proceso de vivienda de WPC de HHS y para apoyar a las personas después de que se les ubicó en una casa. **Trabajar con la División de WPC de HHS y nuestros socios contratados no garantiza el acceso a la vivienda.**
- La División de WPC de HHS estableció un equipo multidisciplinario (MDT) para adultos y familias sin hogar para identificar, evaluar y conectar a las personas sin hogar con servicios de vivienda y apoyo, y para permitir que las agencias proveedoras y los miembros del MDT compartan información confidencial con el propósito de coordinar servicios de vivienda y apoyo, y así asegurar la continuidad de la atención.
- Estos servicios también se extienden a personas y familias que ya estuvieron sin hogar y que todavía podrían necesitar ayuda de la División de WPC de HHS para recibir recursos y servicios, y así permanecer en una vivienda estable en una situación de vivienda solidaria permanente.

La División de WPC de HHS usa sistemas de datos electrónicos (HMIS y WIZARD) para almacenar información sobre la falta de vivienda y los servicios/programas de vivienda. Las organizaciones de la comunidad contratadas por la División de WPC de HHS y las agencias asociadas también usan estos sistemas para registrar información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y prestar servicios a los clientes, y a alcanzar los requisitos de financiadores como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los Estados Unidos. Estos sistemas hacen posible que las agencias mejoren los servicios que apoyan a las personas sin hogar permitiendo que personal autorizado comparta información del cliente con el permiso del cliente.

B. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

La División de WPC de HHS administra los sistemas de datos HMIS y WIZARD, coordina las conferencias de casos y contrata servicios para personas sin hogar de las organizaciones de la comunidad.

Para que la División de WPC de HHS, las organizaciones de la comunidad contratadas y las agencias asociadas identifiquen y coordinen los servicios, pedimos autorización para compartir la información que se menciona abajo con proveedores de atención y servicios. Firmando este formulario, usted está de acuerdo en permitir que su información se comparta entre la División de WPC de HHS, las organizaciones de la comunidad y las agencias asociadas. La información se puede compartir por escrito, en forma electrónica o verbalmente. La información compartida se usará para ayudar a determinar su elegibilidad para vivienda y servicios, que incluyen coordinación de los servicios, orientación, comida, ayuda con los servicios públicos y para mejorar los programas de vivienda y servicios.

Los tipos de agencias que podrían intercambiar su información incluyen departamentos de la ciudad y del condado de Marin, proveedores de servicios de vivienda, clínicas y hospitales, proveedores de servicios de salud mental y otros proveedores de servicios sociales. Este consentimiento no permite que los proveedores de servicios por trastornos de consumo de sustancias (SUD) compartan los expedientes de tratamiento con ninguna de las agencias participantes según 42 CFR Parte 2. Su información que viene de los tipos de agencias de arriba se puede compartir con proveedores de SUD, y cualquier información de SUD que usted dé se puede compartir con la División de WPC de HHS, las organizaciones de la comunidad contratadas y las agencias asociadas.

Usted decide si firma este formulario. Si no lo firma, eso no cambia su capacidad para recibir servicios directamente de la División de WPC de HHS, las organizaciones de la comunidad contratadas y las agencias asociadas. Sin embargo, sí limitará la capacidad de la División de WPC de HHS del condado de Marin de ayudar a coordinar los servicios para usted. Si usted recibe servicios directamente de una de las agencias asociadas de la División de WPC que usa los sistemas de datos HMIS o WIZARD, esta división podría tener acceso a información que la agencia asociada registre en estos sistemas debido a su papel como administrador del sistema.

FIRMANDO ESTE FORMULARIO, AUTORIZO a la División de WPC de HHS del condado de Marin, a las organizaciones de la comunidad contratadas y a las agencias asociadas a recopilar y compartir información de la coordinación de mis servicios, orientación, comida, ayuda para servicios públicos, y a usar la información de mis servicios para mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Comprendo que las organizaciones de la comunidad contratadas o las agencias asociadas de abajo pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actualizada en <https://housingfirst.marinhhs.org/data-sharing>. La lista de organizaciones de la comunidad contratadas y agencias asociadas es:

| | | |
|---|---|--|
| Adopt a Family of Marin | County of Marin District Attorney's Office | Marin County Sheriff's Office |
| Bucklew Programs | County of Marin Probation Department Downtown Streets Team | MarinHealth Medical Center |
| Catholic Charities of San Francisco Center Point, Inc. | Gilead House | Marin Housing Authority Multicultural Center of Marin |
| Central Marin Police Authority | Homebase, Center for Common Concerns | North Marin Community Services |
| City of Novato | Homeward Bound of Marin | Richardson Bay Regional Authority |
| City of San Rafael | Kaiser Permanente, San Rafael Medical Center | Ritter Center |
| Community Action Marin | Marin City Health and Wellness | St. Vincent de Paul Society Side by Side Youth |
| County of Marin County Counsel | Marin Community Clinics | U.S. Department of Veterans Affairs West Marin Community Services |

C. ¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE USAR O COMPARTIR?

La información que se recopila y comparte incluye:

- Sus características personales (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, origen étnico, número de Seguro Social, información de contacto, estado de veterano)
- Historia médica, incluyendo cualquier condición física o mental que pueda tener y el tratamiento u otros servicios que haya recibido por esas condiciones, incluyendo información básica que comparta sobre condiciones de discapacidad causadas por factores médicos, de salud mental, consumo de sustancias o factores del desarrollo
- Información de vivienda (por ejemplo, tipo de vivienda, estado de persona sin hogar, motivo por el que está sin hogar)
- Información de empleo, seguros, ingresos y beneficios
- Servicios que han prestado o actualmente prestan las organizaciones de la comunidad contratadas o las agencias asociadas
- Sus respuestas a preguntas de evaluación, como el cuestionario VI-SPDAT
- Su foto u otro retrato (si está incluido)
- Otra información relacionada con los servicios que recibe o para los que podría ser elegible para recibir
- Comprendo que las agencias de las fuerzas de orden público pueden ser parte del MDT y que las fuerzas de orden público pueden compartir información sobre mí con el MDT. También comprendo que la División de WPC de HHS y los proveedores de servicios pueden compartir información limitada sobre mí con las fuerzas de orden público para

determinar mi elegibilidad para los servicios. Específicamente, la División de WPC de HHS y los proveedores de servicios pueden darles la siguiente información a las fuerzas de orden público:

- Si a la persona le hicieron una evaluación de ingreso coordinado o no (actualmente, VISDPAT), pero no los resultados de la evaluación;
- Si la persona tiene un administrador de casos de la División del WPC o no, o
- quién es el administrador del caso

_____ **Ponga sus iniciales aquí**

D. RECONOCIMIENTOS

FIRMANDO ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A:

- Negarme a firmar este consentimiento. Mi negativa no cambia mi elegibilidad para los servicios o beneficios.
- Negarme a dar cualquiera de esta información. Mi negativa no cambia mi elegibilidad para los servicios o beneficios.
- Cambiar o revocar (quitar) este consentimiento en cualquier momento. Si revoca este consentimiento, su información ya no se compartirá entre las agencias en los sistemas del condado de Marin. Sin embargo, cualquier información que ya se haya compartido con proveedores actuales o pasados podría seguir guardada en sus expedientes. Para cambiar o revocar mi consentimiento, puedo hablar con el administrador de mi caso u otro proveedor de servicios, o puedo presentar mi solicitud escribiendo a:

Whole Person Care Division – Department of Health and Human Services
Correo electrónico: MarinWPCquestions@marincounty.org
1177 Francisco Blvd E., San Rafael, CA 94901, 415-473-4663

- Recibir una copia de este consentimiento.

_____ **Ponga sus iniciales aquí**

FIRMANDO ESTE FORMULARIO, COMPRENDO QUE:

- Parte de la información que se comparta, según este consentimiento, puede volver a compartirse con otros en ciertas condiciones y puede ya no estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.
- Este consentimiento vence (fecha o evento): _____. Si no escribo una fecha o un evento arriba, este consentimiento permanecerá vigente por tres (3) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que lo revoque antes de la fecha de vencimiento.

- El condado de Marin, las organizaciones contratadas y las agencias asociadas cumplirán las leyes de privacidad estatales y federales, según corresponda, para garantizar que mi información se mantenga confidencial y protegida.
- El HHS del condado de Marin y nuestro personal, las organizaciones de la comunidad contratadas y las agencias asociadas usan contraseñas y tecnología para garantizar que la información en el sistema esté segura, y cada usuario y organización de la comunidad contratada o agencia asociada firmó un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información.
- Si tengo preguntas sobre mi información, mis derechos relacionados con esa información o si me preocupa que se haga un mal uso de mi información, puedo comunicarme con la División de WPC de HHS en MarinWPCquestions@marincounty.org o llamar al 415-473-4663
- Mi información se puede compartir para coordinar la remisión de vivienda y servicios.
- Mi información se puede incluir en los informes para auditores o financiadores que revisan el trabajo de las organizaciones de la comunidad contratadas o de las agencias asociadas, como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), el Departamento de Asuntos de Veteranos, HHS del condado de Marin y el Departamento de Vivienda y Desarrollo de la Comunidad de California. Comprendo que la lista de auditores o financiadores puede cambiar con el tiempo.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente (obligatorio): _____

Fecha de nacimiento (obligatorio): _____

Celular (opcional): (____) _____ - _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

____ Me ofrecieron una copia de este formulario

Otras partes (opcional): Doy mi autorización para compartir información con las siguientes personas o agencias:

Leí este consentimiento o escuché cuando me lo leyeron. Autorizo que mi información médica y de servicios sociales se use y comparta como se describe arriba.

Firma del cliente: _____

Fecha de hoy: _____

Cliente o representante legal (obligatorio)

Mes / Día / Año (obligatorio)

Autorización obtenida por: _____

Nombre, Organización (opcional)

FOR AGENCY USE ONLY:

Client Opted Out/Refused Consent: _____ (Staff/Agency Initials)

Witness Staff & Agency

Fecha

Si el cliente no puede firmar en persona por sí mismo, complete una de las secciones de abajo:

- 1) Si el formulario de revelación de información lo firma otra persona que no es el cliente, escriba el nombre y la relación del representante legal:

Nombre, relación

- 2) Si el cliente no sabe leer y firma con una X arriba, firme abajo como testigo:

Firma del testigo: _____ Fecha de hoy: _____

(Solo si el cliente no sabe leer y firma con una X arriba)

Nombre del testigo en letra de molde: _____

Si tiene alguna pregunta, escriba a marinWPCquestions@marincounty.org