

System zarządzania informacjami o osobach bezdomnych w Chicago Zgoda Klienta na udostępnianie danych

Nazwa Agencji: _____

Niniejsza Agencja jest częścią grupy interesariuszy i zajmuje się koordynowaniem ich działań w zakresie przeciwdziałania problemowi bezdomności na terenie Chicago. W/w grupa jest w tym dokumencie określana mianem Zespołu systemowego zarządzania informacjami o osobach bezdomnych w Chicago (EN: *Chicago Homeless Management Information System*, w skrócie „HMIS”, „Zespół”, „my” lub „nas/nasze”). Agencja oraz członkowie Zespołu gromadzą informacje na Państwa temat i wprowadzają je do systemu HMIS*.

Przedstawiciel Agencji zapyta Państwa o pewne informacje prywatne oraz dotyczące osób podopiecznych pozostających na Państwa utrzymaniu. (Słowo „podopieczny” w kontekście niniejszego dokumentu oznacza każdą osobę poniżej 18 roku życia, za której dobrostan uważają się Państwo odpowiedzialni.) Po wprowadzeniu tych informacji do systemu HMIS będą one udostępniane w sposób opisany poniżej.

Celem tego formularza jest umożliwienie Państwu wskazania, jakie informacje przekazane przez Państwo Agencji mogą być udostępniane stronom trzecim oraz jak wyglądać będzie ich współdzielenie w obrębie Zespołu. Mogą Państwo odmówić Agencji prawa do udostępniania jakichkolwiek informacji o osobie innym stronom, za wyjątkiem administratora systemu HMIS, który podlegać będzie przepisom udostępniania takich informacji zgodnie ze Standardowym oświadczeniem w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności (EN: *Standard Agency Privacy Practices Notice*). Odmowa taka może wiązać się z ograniczeniem możliwości Agencji i Zespołu do zapewnienia Państwu zakwaterowania, jednakże nie wstrzyma oferowania przez Agencję Państwu usług doraźnej pomocy.

CZĘŚĆ I – KRÓTKIE ODPOWIEDZI NA PAŃSTWA PYTANIA

Jakie są powody, dla których informacje o mnie mogą wymagać udostępniania?

- Pomoże to dostawcom usług oferować Państwu odpowiednie opcje zakwaterowania i opieki.
- Stanowiąc będzie wsparcie dla Zespołu w dokumentowaniu potrzeb i pozyskiwaniu funduszy na świadczone usługi zakwaterowania i inne formy wsparcia.
- Są one przedstawione w Standardowym oświadczeniu w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności, mogąc od czasu do czasu ulegać zmianie.

Jak chronione są moje dane?

- Każda Agencja musi przestrzegać wytycznych Standardowego oświadczenia w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności.
- Członkowie Zespołu są zobowiązani do podpisania umowy o chronieniu Państwa prywatności oraz stosowaniu się do stanowych i federalnych przepisów oraz procedur przed wglądem w jakiegokolwiek informacje.
- System HMIS działa w oparciu o branżowe standardy bezpieczeństwa danych i jest aktualizowany w sposób zapewniający bieżącą zgodność z tymi wymogami.

Jakie są moje prawa?

- Mają Państwo prawo do uzyskania na żądanie elektronicznej lub papierowej wersji swoich informacji wprowadzonych do systemu HMIS oraz także listy agencji partnerskich wchodzących w skład Zespołu.
- Mogą Państwo w dowolnej chwili poprosić o zmianę zakresu lub wycofanie swojej zgody na udostępnianie informacji wprowadzonych do systemu HMIS poprzez podpisanie nowego formularza Zgody.

Czy w jakichkolwiek okolicznościach informacje o mnie mogą zostać udostępnione bez mojej zgody?

- Tak, istnieje wiele powodów, dla których Państwa informacje mogą zostać użyte lub ujawnione bez zgody; sytuacje takie obejmują m.in. czynności administracyjne, płatności lub zwrot należności za usługi, wymogi przepisów prawa, zarządzanie i raportowanie na płaszczyźnie systemu oraz udostępnienia do celów badań naukowych zgodnie z opisem w Standardowym oświadczeniu w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności, mogącym od czasu do czasu ulegać zmianie.

Bardziej szczegółowe informacje na ten temat mogą Państwo uzyskać, prosząc o wgląd w nasze Standardowe oświadczenie w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności.

CZĘŚĆ II – PAŃSTWA ZGODA

Główne informacje:

Udostępnianie w obrębie systemu HMIS oraz pomiędzy członkami Zespołu będzie obejmować następujące informacje:

- Osobowe dane identyfikacyjne (imię i nazwisko, numer ubezpieczenia socjalnego, data urodzenia, płeć, status weterana, zdjęcie)
- Osobowe dane identyfikacyjne Państwa osób podopiecznych (jeśli dotyczy) (*Uwaga: Wszystkie osoby powyżej 18 roku życia muszą podpisać odrębny formularz zgody.*)
- Informacje rejestracyjne (mogą obejmować przeszłe dane w tym zakresie)
- Numer identyfikacyjny świadczeniobiorcy (RIN – jeśli nie znają go Państwo, postaramy się go ustalić)
- Informacje kontaktowe

Informacje w zakresie koordynacji opieki i zakwaterowania:

Te informacje, wraz z innymi danymi z systemu HMIS, będą używane lub ujawniane do celów dostosowania oferowanych opcji odpowiednich usług i możliwości zakwaterowania do Państwa potrzeb, do przygotowywania poleceń i ocen, określania kwalifikowalności do programów, realizowania innych wspólnych działań w zakresie szczególnych potrzeb i okoliczności, oraz do współdzielenia informacji na konferencyjnych spotkaniach środowiskowych, mających za zadanie znalezienie i/lub koordynację usług świadczonych Państwu oraz podopiecznym. Informacje o służbie wojskowej (jeśli dotyczy).

- Doświadczenia w zakresie bezdomności i sytuacji życiowej (status mieszkaniowy)
- Dochód gospodarstwa domowego i jego źródło(-a)
- Obecność bieżących form niepełnosprawności
 - Prawo stanu Illinois wymaga od nas uzyskania Państwa wyraźnej zgody na udostępnianie informacji dotyczących Państwa zdrowia psychicznego, używania substancji uzależniających oraz/lub zakażenia HIV/AIDS. **Osobny formularz zgody zostanie Państwu przedstawiony zanim poprosimy o udostępnienie informacji o tych aspektach Państwa zdrowia.**
- Otrzymywane przez Państwa usługi, w tym pomoc finansowa
- Informacje o ubezpieczeniu/głównym ubezpieczycielu zdrowotnym

Do celów niniejszej Zgody główne informacje oraz informacje w zakresie koordynacji opieki i zakwaterowania będą niniejszym określane wspólnie mianem „informacji”.

Ja, _____ (imię i nazwisko) wyrażam zgodę na udostępnianie informacji zgodnie z poniższymi wytycznymi.

- A. Zgadzam się na udostępnianie moich informacji** w celu świadczenia usług zakwaterowania i/lub koordynacyjnych w zakresie pomocy mi w zakończeniu okresu bezdomności.
- B. Zgadzam się na udostępnianie moich informacji w formie pliku chronionego** w celu świadczenia usług zakwaterowania i/lub koordynacyjnych w zakresie pomocy mi w zakończeniu okresu bezdomności.

Uwaga: Plik chroniony będzie widoczny dla administratorów systemu i udostępniany agencjom nadzorującym/wyznaczonym do zapewnienia mojej osobie odpowiednich usług zakwaterowania i opieki, jak również agencjom, które świadczą lub świadczyły mi takie usługi obecnie lub w przeszłości. Moje informacje nie będą używane ani ujawniane na konferencyjnych spotkaniach środowiskowych, mających za zadanie znalezienie i/lub koordynację usług dla mojej osoby. Informacje z bazy danych osób

doświadczonych przemocą domową i/lub procederem handlu ludźmi będą automatycznie i w każdym przypadku uznawane za plik chroniony.

- C. Nie zgadzam się na udostępnianie jakichkolwiek informacji:** Nie życzę sobie, aby jakiegokolwiek informacje dotyczące mojej osoby były udostępniane do celów świadczenia usług zakwaterowania i/lub koordynowania opieki; rozumiem, że dostęp do nich będzie mieć administrator systemu i że moje informacje mogą być udostępniane zgodnie z wytycznymi Standardowego oświadczenia w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli moje informacje będą udostępnione w dozwolonym lub wymaganym zakresie, agencje, którym dane te zostały ujawnione, mogą się ze mną skontaktować.

Podpisanie niniejszego formularza oznacza, że:

- Przyjmuję Państwo do wiadomości, że pewne informacje mogą być udostępniane bez Państwa zgody, zgodnie z wytycznymi Standardowego oświadczenia w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności, które może od czasu do czasu ulegać zmianie.
- Przeczytali Państwo niniejszą Zgodę Klienta lub otrzymali wyjaśnienie jej treści.
- Rozumieją Państwo, że niniejsza Zgoda nie wygasa do momentu jej wycofania przez Państwo w dowolnym momencie, poprzez podpisanie nowego formularza zgody; jednakże, wszelkie informacje już udostępnione innej agencji nie mogą zostać zwrócone ani uchylone.
- Rozumieją Państwo, że dostawcy usług zakwaterowania mogą ewidencjonować poważne zdarzenia i wypadki dotyczące Państwa w okresie objęcia programami pomocowymi dostawcy usług oraz że sytuacje takie będą ujawniane służbom/instytucjom świadczącym usługi pomocy doraźnej, zajmującym się koordynacją spraw mieszkaniowych i pomaganiem w kwalifikowaniu poszczególnych osób do odpowiednich programów.

Imiona i nazwiska osób podopiecznych (prosimy wpisać WSZYSTKICH podopiecznych):

Osoba 1: _____

Osoba 2: _____

Osoba 3: _____

Osoba 4: _____

Osoba 5: _____

Osoba 6: _____

Udostępnianie informacji – główny domownik/głowa rodziny (należy zaznaczyć jedno pole):

A. Zgadzam się na udostępnianie moich informacji

B. Zgadzam się na udostępnianie moich informacji w formie pliku chronionego

C. Nie zgadzam się na udostępnianie jakichkolwiek informacji

Udostępnianie informacji – wszystkie wyszczególnione osoby podopieczne (należy zaznaczyć jedno pole, jeśli dotyczy):

A. Zgadzam się na udostępnianie moich informacji

B. Zgadzam się na udostępnianie moich informacji w formie pliku chronionego

C. Nie zgadzam się na udostępnianie jakichkolwiek informacji

Podpis Klienta lub przedstawiciela:

Data: _____

Podpis świadka w imieniu Agencji:

Data: _____

Tylko do użytku Organizacji: (należy zaznaczyć inicjałami wszystkie odnośne stwierdzenia)

Powyższemu Klientowi zapewniono telefoniczne wyjaśnienie treści niniejszego formularza, zgodnie z potrzebami. W imieniu Klienta jego/jej przedstawicielem był personel niniejszej Agencji. Formularz zgody został odczytany w całości jego treści. _____

Upoważniony przedstawiciel wypełnił niniejszy formularz zgody dla Klienta. Opis odnośnego przedstawicielstwa wymagany przez Agencję został zaakceptowany i włączony do akt.

System zarządzania informacjami o osobach bezdomnych (HMIS)

Dodatkowa zgoda Klienta na udostępnianie pewnych danych dotyczących niepełnosprawności oraz informacji zdrowotnych

Nazwa Agencji: _____

Niniejsza Dodatkowa zgoda Klienta na udostępnianie pewnych danych dotyczących niepełnosprawności oraz informacji zdrowotnych powinna zostać wypełniona w trakcie wstępnej oceny, jako uzupełnienie Zgody Klienta na udostępnianie danych. Została ona opracowana w zgodności z procedurami inicjatywy „All Chicago Making Homelessness History” (Wspólna inicjatywa Chicago na rzecz przeciwdziałania problemowi bezdomności) i Standardowym oświadczeniem HMIS w sprawie praktyk agencji w zakresie ochrony prywatności (dalej „Oświadczeniem o prywatności”). Aktualna wersja Oświadczenia o prywatności oraz lista partnerów Zespołu jest dostępna do wglądu pod adresem www.allchicago.org. Opcjonalnie, Agencja z Państwem współpracująca powinna także przedstawić Państwu w/w dokumenty na żądanie.

Przepisy prawa wymagają od nas uzyskania Państwa wyraźnej zgody na udostępnianie informacji dotyczących Państwa ewentualnych problemów z zakresu zdrowia psychicznego, zakażenia HIV/AIDS czy używania substancji uzależniających. Niektóre z agencji wchodzących w skład Zespołu stosują szczególne kryteria kwalifikowalności. Udostępnianie tych informacji pomaga więc nam przedstawić Państwu możliwie wiele opcji zakwaterowania i opieki zgodnych z Państwa potrzebami.

Informacje te będą gromadzone w ramach Państwa oceny i zostaną ujawnione Zespołowi przez agencję, z którą Państwo współpracują, w celu poprawy możliwości dopasowania oferty zakwaterowania odpowiedniej do Państwa sytuacji oraz koordynowania przez Zespół usług opieki w Państwa imieniu. Mogą Państwo odmówić zgody na udostępnianie tych danych, zgodnie z opisem poniżej, jednakże odmowa taka utrudni agencjom pracującym w ramach Zespołu zakwalifikowanie Państwa do odpowiednich programów pomocowych zgodnych z Państwa okolicznościami życiowymi.

Prosimy zaznaczyć odnośne pole poniżej:

_____ Zgadzam się na używanie przez Zespół i ujawnianie mu wywiadu informacji o moim stanie zdrowia psychicznego, zakażeniach HIV/AIDS, uzależnieniu od alkoholu i/lub substancji odurzających, jeśli dotyczy. Upoważniam agencję świadczącą mi usługi do wprowadzania danych dotyczących mojego stanu zdrowia psychicznego, zakażeń HIV/AIDS, uzależnienia od alkoholu i/lub substancji odurzających, jeśli dotyczy, do systemu HMIS oraz udzielam Zespołowi mandatu do wykorzystywania tych informacji do celów zapewnienia mi stosownego zakwaterowania oraz koordynowania usług opieki w moim imieniu. Dodatkowo, wyrażam też zgodę na używanie i ujawnianie informacji o moim stanie zdrowia psychicznego, zakażeniach HIV/AIDS, uzależnieniu od alkoholu i/lub substancji odurzających, jeśli dotyczy, w postaci zbiorczej, z zastrzeżeniem wymogu usunięcia z nich elementów mnie identyfikujących.

_____ Nie zgadzam się na udostępnianie jakichkolwiek informacji dotyczących mojego stanu zdrowia psychicznego, zakażeń HIV/AIDS, uzależnienia od alkoholu i/lub substancji odurzających do celów kwalifikowalności ani świadczenia innych szczególnych usług; potwierdzam, że rozumiem, iż w/w informacje będą; (i) udostępniane pomiędzy pewną grupą osób dokonujących ocen w ramach Zespołu, jeśli dane te są gromadzone jako część Standardowej oceny sytuacji mieszkaniowej oraz (ii) używane i ujawniane w formie zbiorczej, z zastrzeżeniem wymogu usunięcia z nich elementów mnie identyfikujących oraz wyrażenia przeze mnie wyraźnej zgody na takie ujawnienie.

_____ Powyższe sytuacje zdrowotne nie dotyczą mnie w chwili bieżącej i nie posiadam takich informacji do udostępnienia.

Niniejsze upoważnienie będzie obowiązywać przez siedem lat od daty jego podpisania; po tym okresie zgoda na używanie lub ujawnianie tych informacji wygasa.

Rozumiem, że mam prawo wglądu i kopiowania wszelkich informacji dotyczących mojego zdrowia psychicznego załączonych lub będących częścią danych ujawnianych w zgodności z niniejszą Zgodą.

Rozumiem, że Zespół nie będzie ujawniać informacji dotyczących moich doświadczeń z powyższymi sytuacjami zdrowotnymi bez mojego wyraźnego pisemnego upoważnienia, chyba że ujawnienie takie jest wymagane na mocy obowiązującego prawa, włączając w to klauzulę o poufności historii pacjenta z zakresu uzależnień od alkoholu i substancji odurzających (EN: *Confidentiality of Alcohol & Drug Abuse Patient Records*, Tytuł 42 Kodeksu Przepisów Federalnych, CFR, Część 2). Rozumiem też, że mogę wycofać moje upoważnienie do ujawniania tych informacji poprzez podpisanie nowego formularza niniejszej Dodatkowej zgody Klienta, w którym to formularzu nie wyrażę zgody na udostępnianie tych informacji w przyszłości. Rozumiem, że moje wycofanie zgody nie będzie obejmować informacji już użytych lub ujawnionych w ramach tej zgody. Rozumiem również, że Zespół nie będzie używać ani ujawniać osobistych informacji zdrowotnych w ramach wykraczających poza niniejsze upoważnienie, bez mojego pisemnego przyzwolenia.

Rozumiem, że informacje wykorzystywane lub ujawnianie na mocy niniejszego upoważnienia mogą podlegać ponownemu udostępnieniu przez ich odbiorcę i tym samym nie być już objętymi ochroną federalnych przepisów odnośnie ochrony prywatności stosowanych na mocy ustawy w sprawie przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (EN: *Health Insurance Portability and Accountability Act*). Jednakże, z zastrzeżeniem niniejszych okoliczności, informacje dotyczące zdrowia psychicznego, zakażeń HIV/AIDS, uzależnienia od substancji odurzających i alkoholizmu nie mogą być ujawniane przez osobę lub podmiot uprawniony niniejszym upoważnieniem do otrzymania tych danych bez mojej wyraźnej pisemnej zgody.

Jeśli wnioskuję o ujawnienie materiałów z testów psychologicznych, rozumiem, że cała dokumentacja odnosząca się do badań psychologicznych zostanie ujawniona wyłącznie psychologowi przeze mnie wskazanemu.

Imię i nazwisko Klienta: _____

Podpis Klienta: _____ Data: _____

Świadek w imieniu Agencji: _____ Data: _____