

Formularz zgody klienta na udostępnianie danych w ramach systemu zarządzania informacjami o osobach bezdomnych w Chicago

Cel niniejszego formularza

Aby zapewnić Państwu lepszą obsługę, a niekiedy również ze względu na wymogi podmiotów finansujących, nasza organizacja (dalej „nasza organizacja”) pragnie zebrać informacje na Państwa temat i wprowadzić je do bazy danych o nazwie Homeless Management Information System (HMIS), tak aby informacje te mogły zostać udostępnione innym organizacjom, które mogą świadczyć Państwu usługi. W tym celu potrzebujemy Państwa zgody. Jeśli mają Państwo dzieci poniżej 18 roku życia, zostaną Państwo również poproszeni o podjęcie decyzji, w jaki sposób ich dane będą udostępniane, oraz o podpisanie oddzielnego formularza zgody dla każdego dziecka.

Jakie są korzyści z udostępnienia danych?

- System ten przekazuje nam oraz innym organizacjom korzystającym z HMIS informacje o usługach, z których tutaj Państwo korzystają, co pozwala nam i im lepiej służyć Państwu pomocą oraz pomaga nam znaleźć inne programy, do których mogą się Państwo kwalifikować.
- Nie będą Państwo musieli podawać wszystkich swoich danych za każdym razem przy ubieganiu się o usługi.
- Jeśli zakwalifikują się Państwo do priorytetowego traktowania w zakresie zakwaterowania, organizacje uczestniczące w HMIS mogą zostać o tym powiadomione. W rezultacie mogą one poinformować Państwa o możliwości zakwaterowania przy ubieganiu się o ich usługi.

W jaki inny sposób możemy wykorzystać te informacje?

- W celu ułatwienia rozliczania świadczonych usług, realizacji zadań administracyjnych związanych z programami oraz wypełniania obowiązków sprawozdawczych wobec organów rządowych i podmiotów finansujących.
- W celu lepszego zrozumienia funkcjonowania systemu pomocy osobom bezdomnym, co pozwoli nam ulepszyć usługi i wsparcie dla osób doświadczających bezdomności.
- W celu analizy danych, sporządzania raportów dot. społeczności lub prowadzenia badań naukowych.
- Gdy wymagają tego przepisy federalne i stanowe.
- Zgodnie z dalszym opisem zawartym w Standardowej Polityce Prywatności Agencji, która może być od czasu do czasu zmieniana.

W jaki sposób chronione są Państwa dane?

- Każda organizacja uczestnicząca w systemie HMIS ma obowiązek przestrzegać Standardowej Polityki Prywatności Agencji.
- Członkowie naszej organizacji oraz wszystkie organizacje korzystające z HMIS muszą podpisać umowę dotyczącą ochrony prywatności i przestrzegania obowiązujących przepisów stanowych i federalnych.
- HMIS spełnia lub jest zgodny z branżowymi standardami bezpieczeństwa.
- Istnieje niewielkie ryzyko naruszenia bezpieczeństwa, w wyniku którego ktoś mógłby uzyskać dostęp do Państwa danych i wykorzystać je w niewłaściwy sposób. Jeśli kiedykolwiek będą Państwo podejrzewać, że dane w HMIS zostały wykorzystane w niewłaściwy sposób, prosimy o natychmiastowy kontakt z administratorem systemu HMIS pod adresem helpdesk@allchicago.org.

Można pominąć pytania

- Jeśli zdecydują się Państwo udostępnić swoje dane w systemie HMIS, zalecamy udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania, ale istnieje możliwość pominięcia dowolnego pytania wg Państwa uznania. W niektórych przypadkach może to utrudnić uzyskanie usług, do których mogą być Państwo uprawnieni.

Co się stanie jeśli zmienię zdanie?

- W dowolnym momencie mogą Państwo wprowadzić zmiany dotyczące udostępniania swoich danych lub wycofać swoją zgodę, wypełniając i podpisując nowy Formularz Zgody.
- Zmiana lub wycofanie zgody nie ma mocy wstecznej w zakresie, w jakim podjęliśmy my lub inna

organizacja działania w oparciu o Państwa poprzednią zgodę na ujawnienie danych. Dane, które zostały wcześniej ujawnione, mogą zostać ponownie ujawnione.

- Państwa dane nie będą udostępniane od dnia podpisania nowego Formularza Zgody, w którym wycofają Państwo swoją zgodę oraz w przyszłości.

Zgodnie z ustawą HIPAA lub innymi przepisami może być wymagane dodatkowe upoważnienie

- Jeśli nasza organizacja jest podmiotem objętym ustawą o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. („HIPAA”), możemy poprosić Państwa o podpisanie upoważnienia HIPAA w celu ujawnienia chronionych informacji zdrowotnych. W przypadku, gdy przekazane przez Państwa informacje zdrowotne obejmują kategorię wrażliwych informacji zdrowotnych, zgodnie z prawem stanu Illinois i/lub prawem federalnym może być wymagana Państwa wyraźna zgoda i upoważnienie do ujawnienia takich informacji, a my możemy poprosić Państwa o podpisanie dodatkowych formularzy upoważnienia dotyczących ujawnienia tych informacji.

Proszę wybrać jedną z poniższych opcji

Pełne udostępnianie

Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych do systemu HMIS oraz na udostępnienie ich wszystkim organizacjom korzystającym z tego systemu.

Ograniczone udostępnianie

Wyrażam ograniczoną zgodę na to, aby moje dane zostały wprowadzone do systemu HMIS i udostępnione wyłącznie niniejszej organizacji, administratorom systemu zarządzającym bazą danych HMIS oraz zespołowi koordynującemu skierowania do placówek mieszkaniowych, zwanemu również Zespołem ds. skoordynowanego przyjmowania wniosków. Może to ograniczyć zakres innych usług, z których mogę skorzystać, a także oznacza, że będę musiał/a ponownie podać wszystkie swoje dane, jeśli będę ubiegać się o pomoc gdzie indziej

Pracownicy wprowadzający dane powinni automatycznie ustawić opcję „Ograniczone udostępnianie” dla informacji dotyczących osób, które doświadczyły przemoc domowej i/lub padły ofiarą handlu ludźmi

Brak zgody na udostępnianie

Nie wyrażam zgody, aby moje dane zostały wprowadzone do systemu HMIS. Rozumiem, że w związku z tym niniejsza organizacja może nie być w stanie zaoferować mi szerokiego zakresu usług, ale zapewni mi tyle usług ratunkowych, na ile będzie to możliwe. Rozumiem również, że mogę nie kwalifikować się do szerokiego zakresu możliwości w zakresie zakwaterowania lub innych usług.

Podpisując niniejszy formularz, potwierdzam, że:

- Zapoznałem się z treścią niniejszego Formularza Zgody w całości lub otrzymałem/-am wyjaśnienie dotyczące jego treści.
- Podane przeze mnie informacje mogą obejmować następujące kategorie danych wrażliwych: informacje dotyczące leczenia uzależnień od alkoholu/narkotyków, informacje dotyczące zdrowia psychicznego oraz informacje związane z HIV/AIDS.
- Niektóre informacje mogą zostać udostępnione bez mojej zgody zgodnie ze Standardową Polityką Prywatności Agencji, która może ulegać okresowym zmianom.
- Niniejsza zgoda nie wygasa, chyba że w dowolnym momencie ją wycofam poprzez wypełnienie i podpisanie nowego Formularza Zgody; jednakże wszelkie informacje udostępnione wcześniej nie mogą zostać wycofane ani unieważnione.
- Podmioty zapewniające zakwaterowanie mogą rejestrować istotne zdarzenia, w których będę brać udział. Zdarzenia te mogą być udostępniane podmiotom świadczącym usługi ratunkowe, koordynującym zakwaterowanie oraz świadczącym usługi pomocy społecznej w celu dopasowania

osób do odpowiednich programów.

- Na mój pisemny wniosek mogę otrzymać elektroniczną lub papierową kopię moich danych, które zostały wprowadzone do systemu HMIS.
- Informacje ujawnione na podstawie niniejszego Formularza Zgody nie będą już chronione przez prawo federalne ani stanowe i mogą podlegać ponownemu ujawnieniu.

Imię i nazwisko uczestnika

Podpis osoby wyrażającej zgodę Data

Relacja osoby składającej podpis, jeśli inna niż ona sama:

Rodzic lub opiekun prawny

Pracownik organizacji (Podpisując niniejszy formularz, oświadczam, że osoba wyrażająca zgodę zapoznała się z całą treścią Formularza Zgody oraz że wyraziła ustną zgodę na podpisanie niniejszego formularza w jej imieniu).

Aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje, należy poprosić o udostępnienie kopii naszej Standardowej Polityki Prywatności Agencji.