Aviso de usos y divulgaciones de HMIS

*El aviso debe ser proporcionado y firmado por todas las personas en su hogar que tienen 17 años de edad o más.*

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.** SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O DESEA CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN CON RESPECTO A ESTE FORMULARIO, COMUNÍQUESE CON MIAMI-DADE COUNTY HOMELESS TRUST AL 305-375-1490.

|  |
| --- |
| **¿Qué es el Sistema de Información de Administración de Personas sin Hogar de Miami-Dade Continuum of Care Homeless Management Information System (HMIS)?** |

El Miami-Dade County Continuum of Cares (CoC, por sus siglas) es administrado por el Miami-Dade County Homeless Trust (el Fideicomiso para Personas sin Hogar “Homeless Trust”) y las agencias locales proporcionan alojamiento y servicios ("proveedores"). Cuando usted solicita servicios a través del CoC, la información sobre usted y los miembros de su familia que están con usted se introduce en un sistema informático llamado Homeless Management Information System (El Sistema de Información de gestión de Personas Sin Hogar "HMIS"), que es administrado por el Homeless Trust. Dicha información es utilizada por el Homeless Trust y os proveedores locales que participan en el CoC para organizar y entregar vivienda y servicios a las personas y familias del Condado de Miami-Dade que están sin hogar, anteriormente sin hogar o en riesgo de falta de vivienda. Los proveedores y el Homeless Trust comparten y utilizan información sobre usted y los miembros de su familia en virtud de un Acuerdo de Participante de HMIS (aquí se hacen partes en el Acuerdo de Participación de HMIS denominado "Proveedores Participantes de HMIS").

|  |
| --- |
| **¿Por qué se recopila información sobre usted en HMIS?** |

Nuestro objetivo es trabajar juntos para poner fin a las personas sinhogar.

* Para evaluar y abordar mejor nuestras necesidades devivienda y servicios.
* Para disminuir el tiempo que pasa tratando de obtener vivienda y/o servicios que necesita.
* Reducir la duplicación de información relacionada con las personas atendidas by el CdC.
* Realizar un seguimiento de los resultados del programa y mejorar la calidad de la vivienda y los servicios proporcionados a través del CdC.
* Para ayudarnos apriorizar el ze, planificar y proporcionar vivienda y/o servicios significativos para usted y otras personas de la comunidad que experimentan indigentes o inestabilidad de la vivienda.
* Proporcionar estadísticas para la asignación de recursos y el establecimiento de objetivos por parte de las políticas locales, estatales y federales, así como en apoyo de la investigación.
* Para lograr todos y cada uno de los propósitos que el CdC considere apropiados.

|  |
| --- |
| **¿Cómo se utilizará o divulgará su información sobre usted sin su consentimiento específico por escrito?\*\*** |

A menos que esté restringida por otras leyes locales, estatales o federales, su información ingresada en HMIS puede ser revelada para los fines, actividades y/o personas descritas a continuación con su consentimiento específico por escrito:

• Proporcionar o coordinar servicios a las personas y sus familiares si los hubiera;

* Para funciones relacionadas con el pago o reembolso de servicios;
* Llevar a cabo funciones administrativas tales como funciones jurídicas, de auditoría, de personal, de supervisión y de gestión;
* Crear informes que no incluyan ninguna información de identificación, como su nombre, número de seguro social o cualquier otra característica única;

• El administrador o designado del sistema HMIS y el desarrollador de HMIS y otras personas involucradas en el mantenimiento de la HMIS que pueden ver la información con fines administrativos (por ejemplo, para comprobar errores de datos, solucionar problemas o sistemas de prueba).

* Cumplir con las obligaciones de presentación de informes gubernamentales para el HMIS y para la supervisión del cumplimiento del requisito de HMIS.
* Llevar a cabo investigaciones académicas en virtud de un acuerdo de investigación con el HomelessTrust. Su nombre, número de seguro social o cualquier otra característica única no aparecerá en ninguno en los informes de investigación.
* Según lo permitido y gobierne las regulaciones federales que establecen las normas de privacidad y seguridad de la HMIS, según se pueda modificar, los usos y las divulgaciones: (a) para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; (b) sobre las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; (c) para la aplicación de la ley; y (d) según lo exija la ley.

***\*\*Otros usos y divulgaciones de su información se realizarán únicamente con su consentimiento por escrito.***

|  |
| --- |
| **¿Cómo se puede utilizar su información?** |

Su información se puede compartir con los proveedores participantes de HMIS que utilizan HMIS. Compartir su información puede ayudar a los Proveedores Participantes de HMIS a obtener información sobre usted más rápidamente, evaluar y abordar sus necesidades de vivienda y/o servicio y ayudarle a usted con la gestión de casos según lo justificado.

|  |
| --- |
| **¿Qué derechos tiene con respecto a su información?** |

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su propia (o sus hijos menores de edad) que mantenemos sobre usted en HMIS, excepto por: (a) información recopilada en anticipación razonable de litigios o procedimientos comparables; (b) información sobre otra persona; (c) información obtenida bajo una promesa de confidencialidad; o (d) información, la divulgación de la cual sería razonablemente probable que pusiera en peligro la vida o la seguridad fisica de cualquier individuo.

Usted tiene derecho a solicitar una lista de los Proveedores Participantes de HMIS que han recibido su información mantenida en HMIS.

También tiene derecho a solicitar la corrección de información inexacta o incompleta. Si estamos de acuerdo, lo eliminamos o podemos marcarlo como inexacto o incompleto y complementarlo con información adicional. Si denegamos tal solicitud, explicamos el motivo de la denegación. También incluiremos, como parte de la información que mantenemos, la documentación de la solicitud y el motivo de la denegación. Podemos rechazar solicitudes repetidas o acosadoras de acceso o corrección de la información mantenida en HMIS.

Puede ejercer sus derechos como se indica anteriormente haciendo una solicitud por escrito al Fideicomiso para Personas sin Hogar en la siguiente dirección.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito a la siguiente dirección. No se le tomará represalias por presentar una queja.

Fideicomiso para Personas Sin Hogar del Condado de Miami-Dade

Stephen P. Clark Center

111 NW 1st Street

Suite 27-310

Miami, Florida 33128-1902

Los Proveedores Participantes de HMIS y el Fideicomiso para Personas Sin Hogar están obligados por ley a mantener la privacidad de su información personal protegida y a proporcionarle este Aviso. Además, se requiere que los Proveedores Participantes de HMIS y el Fideicomiso para Personas sin Hogar cumplan con los términos del Aviso que está actualmente en vigor, pero el Aviso puede cambiarse periódicamente. El Aviso revisado se publicará en las oficinas de Proveedores Participantes de HMIS en todo momento y se podrá obtener poniéndose en contacto con el Fideicomiso para Personas sin Hogar por escrito y comorey para obtener una copia de cualquier nuevo Aviso deHMIS.

**Tenga en cuenta que este Aviso se refiere únicamente a la información introducida en HMIS y que un Proveedor participante de HMIS no puede proporcionarle asesoramiento legal específico con respecto a sus derechos.**

Este Aviso es efectivo en la fecha firmada, y expirará automáticamente en siete años.

**Reconozco que he recibido una copia** del Aviso **de Usos y Divulgaciones para HMIS firmando** **aquí.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE O DEL TUTOR LA FECHA FIRMA DEL TESTIGO DELPROVEEDORDE LA FECHA