

# Aviso del HMIS sobre Usos y Divulgaciones

**Todos los miembros de su núcleo familiar que tengan 17 años, o más, deberán recibir y firmar este Aviso.**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEÁLO ATENTAMENTE. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O NECESITA MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE FORMULARIO, COMUNÍQUESE CON EL FIDEICOMISO DE LOS DESAMPARADOS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE EN EL 305-375-1490.**

## ¿Qué es el Sistema para la Administración de la Información del Programa de Atención Continua para Desamparados del Condado de Miami-Dade?

El Programa de Atención Continua (*Continuum of Care*, CoC) para Desamparados del Condado de Miami-Dade está administrado por el Fideicomiso de los Desamparados del Condado de Miami-Dade ("*Homeless Trust*"), mientras que las instituciones locales ofrecen viviendas y servicios ("proveedores"). Al presentar una solicitud de servicios a través del CoC, la información sobre usted y los miembros de su familia queda registrada en un sistema informático conocido como Sistema para la Administración de la Información de los Desamparados (*Homeless Management Information System*, HMIS), el cual es administrado por el Fideicomiso de los Desamparados. El Fideicomiso de los Desamparados y los proveedores locales que participan en el CoC utilizan esta información para organizarse mejor y brindar oportunidades de vivienda y servicios a individuos y familias del Condado de Miami-Dade que se encuentran o se han encontrado sin hogar, o que pudieran estar en riesgo de quedarse sin hogar. Los proveedores y el Fideicomiso de los Desamparados comparten y utilizan información sobre usted y los miembros de su familia conforme al Acuerdo de Participación en el HMIS (en lo adelante, las partes del Acuerdo de Participación del HMIS serán los "Proveedores que participan en el HMIS").

## ¿Por qué se registra su información en el HMIS?

Nuestro objetivo es trabajar de manera conjunta para eliminar la carencia de vivienda y el desamparo. La información que usted brinda es fundamental, ya que permite que el CoC:

- Analice y satisfaga mejor sus necesidades de vivienda y servicios.
- Reduzca el tiempo que usted dedica a tratar de obtener los servicios y/u oportunidades de vivienda que necesita.
- Disminuya la duplicación de información de las personas a las que les brinda servicios.
- Siga de cerca los resultados del programa y mejore la calidad de las viviendas y los servicios que ofrece.
- Nos ayude a establecer las prioridades, planificar y brindarle a usted, y a otros miembros de la comunidad que se encuentran en situación de desamparo o inestabilidad en materia de vivienda, oportunidades de vivienda y servicios significativos.
- Facilite las estadísticas para asignar los recursos y establecer los objetivos de los cuerpos políticos locales, estatales y federales, así como para apoyar la investigación.
- Logre todos y cada uno de los objetivos que considere adecuados.

## ¿Cómo se utilizará o se divulgará su información sin su consentimiento escrito específico?\*

A menos que esté prohibido por otras leyes locales, estatales o federales, la información que se registre en el HMIS sobre usted podrá ser divulgada para los siguientes objetivos o actividades y/o entregada a las personas descritas a continuación sin su consentimiento escrito específico:

- Para brindar o coordinar servicios a individuos y a sus familias, de existir;
- Para funciones relacionadas con el pago o reembolso de los servicios;
- Para llevar a cabo funciones administrativas tales como funciones legales, de auditoría, de personal, de supervisión, y de administración;

- Para generar informes que no incluyan ninguna información personal como su nombre, número de seguro social o cualquier otro dato personal;
- El administrador o persona designada del HMIS y el desarrollador del HMIS y otras personas relacionadas con el mantenimiento del mismo, quienes tienen acceso a la información para objetivos administrativos (por ejemplo, buscar errores en la información, arreglar cualquier problema o probar los sistemas).
- Para cumplir con las obligaciones informativas gubernamentales del HMIS y para supervisar que se cumplan los requisitos del HMIS.
- Para realizar una investigación académica conforme a un acuerdo de investigación con el Fideicomiso de los Desamparados. Los informes investigativos no reflejarán su nombre, número de seguro social o cualquier otro dato personal.
- Conforme a lo permitido y regido por las regulaciones federales que establecen las normas de privacidad y seguridad, y sus enmiendas, los usos y declaraciones del HMIS: (a) para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad; (b) sobre víctimas de maltrato, descuido o violencia doméstica; (c) para hacer cumplir la ley; y (d) según lo exija la ley.

**\*\*Otros usos y divulgaciones de su información serán posibles solo con su consentimiento escrito.**

### **¿Cómo podemos utilizar su información?**

Los proveedores que participen y utilicen el HMIS podrán compartir su información. Compartir su información puede ayudar a que los proveedores que participan en el HMIS obtengan información sobre usted de una forma más rápida, analicen y aborden sus necesidades de vivienda y/o servicios y le ayuden en la gestión de su caso según corresponda.

### **¿Qué derechos tiene usted con respecto a su información?**

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información personal que tenemos registrada en el HMIS sobre usted (o de sus hijos menores, dependientes), a excepción de: (a) información compilada ante la posibilidad razonable de un litigio o un procedimiento similar; (b) información sobre otro individuo; (c) información obtenida bajo promesa de confidencialidad; o (d) información cuya divulgación pudiera poner en peligro la vida o seguridad física de un individuo.

Usted tiene derecho a solicitar una lista de los proveedores que participan en el HMIS que hayan recibido información sobre su persona registrada en el HMIS.

Asimismo, usted tiene derecho a solicitar la corrección de información inexacta o incompleta. Si estamos de acuerdo, eliminaremos o marcaremos dicha información como inexacta o incompleta y añadiremos información adicional. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos la razón de nuestra negación. Como parte de la documentación que mantenemos, incluiremos además los documentos relacionados con la solicitud y la razón de la negación. Podemos rechazar solicitudes repetidas, o de acoso, para tener acceso, o corregir, la información que tenemos registrada en el HMIS.

Usted puede ejercer los derechos antes mencionados por medio de una solicitud escrita dirigida al Fideicomiso de los Desamparados a la dirección que aparece a continuación.

Si usted considera que se ha cometido una violación a su privacidad, puede enviar una queja por escrito a la dirección que aparece a continuación. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Miami-Dade County Homeless Trust  
Stephen P. Clark Center  
111 NW 1<sup>st</sup> Street  
Suite 27-310  
Miami, Florida 33128-1902

Los proveedores que participan en el HMIS y el Fideicomiso de los Desamparados están obligados por ley a mantener la privacidad de su información personal protegida y a entregarle este Aviso. Los proveedores que participan en el HMIS y el Fideicomiso de los



Desamparados están obligados además a acogerse a los términos del Aviso vigente actualmente, aunque este puede modificarse periódicamente. El Aviso modificado se publicará de forma permanente en las oficinas de los proveedores que participan en el HMIS. Se puede enviar una comunicación escrita al Fideicomiso de los Desamparados para solicitar una copia de cualquier Aviso nuevo del HMIS.

**Tenga en cuenta que este Aviso se refiere solamente a la información que consta en el HMIS y que un proveedor que participa en el HMIS no puede ofrecerle ayuda legal específica sobre sus derechos.**

Este Aviso entra en vigor en la fecha en que se firme y expirará automáticamente en un término de siete años.

**Al firmar, reconozco que he recibido una copia en papel del Aviso de Usos y Divulgaciones del HMIS.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROVEEDOR COMO TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

# Consentimiento del HMIS para la Divulgación e Intercambio de Información

***Toda persona de su núcleo familiar que tenga 17 años, o más, deberá recibir un Aviso.***

**IMPORTANTE:** No registre personalmente en el HMIS información de identificación personal de clientes que: 1) se encuentren en instituciones para víctimas de violencia doméstica o; 2) estén tratando de alejarse de o que sean víctimas de una situación de violencia doméstica, violencia de pareja, agresión sexual o situación de acoso. Si alguna de estas situaciones se aplica a usted, **DETÉNGASE**, no firme este formulario.

Por este medio, y de acuerdo con los términos que aparecen a continuación, acepto la divulgación e intercambio de mi información personal, o de los menores de los cuales soy responsable legalmente:

- He solicitado vivienda y/o servicios brindados por las instituciones locales de vivienda y/o servicios (“proveedores”) a través del Programa de Atención Continua (Coc) para desamparados del Condado de Miami-Dade. El Fideicomiso de los Desamparados del Condado de Miami-Dade (“*Homeless Trust*”) es el organismo encargado de la coordinación del CoC. A fin de brindar una mejor atención a mis necesidades de vivienda y servicios, los proveedores y el Fideicomiso de los Desamparados necesitan intercambiar, compartir y/o divulgar información o registros que puedan reunir sobre mi persona y los miembros de mi familia que se encuentren conmigo. Al solicitar servicios a través del CoC, mi información y la de los miembros de mi familia queda registrada en un sistema informático conocido como Sistema para la Administración de la Información de los Desamparados (*Homeless Management Information System*, HMIS), administrado por el Fideicomiso de los Desamparados. Los Proveedores y el Fideicomiso de los Desamparados comparten y utilizan la información registrada en el HMIS conforme al Acuerdo de Participación en el HMIS (en lo adelante, las partes del Acuerdo de Participación del HMIS serán los “Proveedores que participan en el HMIS”).
- La información que figura en el HMIS y los registros de su caso con cualquier Proveedor que participa en el HMIS se considera confidencial y no se puede intercambiar, compartir y/o divulgar sin su consentimiento escrito expreso e informado, a menos que así lo establezca el Aviso del HMIS sobre Usos y Divulgaciones del Programa de Atención Continua, o donde lo autorice la ley.

Comprendo que:

- Este formulario autoriza específicamente el uso de mi información en investigaciones realizadas en base a información registrada en el HMIS. En los informes investigativos publicados no se me identificará personalmente por medio de mi nombre, número de seguro social, o cualquier otro dato personal. El tipo de investigación que se realizará utilizando esta información incluye informes acerca del número y características de las personas que utilizan diferentes tipos de viviendas y servicios, la eficiencia de las viviendas y los servicios y los cambios en los patrones con el transcurso del tiempo.
- El HMIS permite que se comparta información sobre mi persona, incluida mi fotografía, con los Proveedores que participan en el HMIS. La información por compartir incluye, pero no está limitada a, información demográfica, incluida la fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono, número de seguro social, género, raza, grupo étnico, educación y antecedentes laborales, ingresos e historial de los beneficios, historial de vivienda, historial de exposición a traumas, problemas médicos que originen discapacidad, salud mental y/o diagnóstico de abuso de sustancias e historial de tratamiento, así como resultados de los exámenes de HIV/SIDA. El objetivo de compartir información de este modo es ayudar a los Proveedores que participan en el HMIS a obtener información sobre mi persona de una manera más rápida, a valorar y abordar mis necesidades de vivienda y/o servicios, y a asistirme en la administración de mi caso según corresponda.
- Los Proveedores que participan en el HMIS podrán ver la información que se registra en este. A petición mía, los Proveedores que participan en el HMIS y que actualmente me brindan servicios tendrán que mostrarme una lista de todos los Proveedores que participan en el HMIS en el momento de firmar este consentimiento/autorización.

- Un proveedor de vivienda y/o servicios que pase a ser un Proveedor que participa en el HMIS luego de que firme este Consentimiento para Divulgar Información tendrá también acceso a la información personal que autorizo se comparta. Todo Proveedor que participa en el HMIS que me brinde servicios en estos momentos, incluido el Fideicomiso de los Desamparados, deberá realizar los ajustes necesarios para permitirme ver la lista actualizada de Proveedores que participan en el HMIS.
- Comprendo que tengo derecho a inspeccionar, copiar y solicitar todos los registros que el HMIS tenga en relación con la oferta de vivienda y/o servicios que un Proveedor que participa en el HMIS me brinde y comprendo además que tengo derecho a recibir una copia de este formulario. Comprendo que mis registros están protegidos por regulaciones federales, estatales, y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento escrito, a menos que así lo autorice la ley.
- Comprendo que mi consentimiento vencerá automáticamente a los siete (7) años de la fecha de este consentimiento.
- Comprendo además que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por medio de una notificación escrita al Fideicomiso de los Desamparados.

Asimismo, comprendo que cualquier proveedor que participe en el HMIS y que reciba información como resultado de esta autorización, está obligado a cumplir lo expuesto en la declaración siguiente:

“Usted ha recibido esta información proveniente de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales. La ley del Estado le prohíbe divulgar dicha información sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece tal información o sin respetar lo establecido de otro modo por la ley estatal. Una autorización general para la divulgación de la información médica u cualquier otra NO es suficiente para este propósito”.

**He leído este documento, o me lo han leído y/o explicado y al firmar aquí, comprendo y estoy totalmente de acuerdo con los términos del mismo.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE CON EL HMIS

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROVEEDOR COMO TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

SI ES TUTOR, MARQUE Y ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE