

**Программа обеспечения льготным жильём на основании ваучеров общего пользования и координированного доступа для совершеннолетних лиц и семей: Разрешение на разглашение конфиденциальной информации**

**В рамках программы обеспечения льготным жильём на основании ваучеров общего пользования** предлагается помощь в оплате аренды жилья с целью оказания помощи семьям, членами которых являются молодые лица (в возрасте от 18 лет до 61 года) с ограниченными возможностями, которые переезжают из исправительных учреждений или учреждений закрытого типа и и которым грозит пребывание в специальных учреждениях, бездомность или риск стать бездомным. **Сеть координированного доступа для взрослых и семей** представляет собой объединение отдельных служб, координирующих предоставление помощи в оплате аренды жилья и услуг поддержки для отдельных лиц и семей, являющихся, в основном, бездомными, при этом приоритетом пользуются лица, являющиеся бездомными наиболее долгий период времени и имеющие наибольшее количество потребностей. Эта сеть является партнёром управления «Home Forward», и их цель заключается в координации обслуживания для получателей ваучеров общего пользования. Полный перечень партнерских организаций сети координированного доступа для взрослых и семей можно получить по предварительному запросу или в Интернете по адресу [ahomeforeveryone.net/coordinatedaccess](http://ahomeforeveryone.net/coordinatedaccess).

Организации, входящие в сеть координированного доступа для взрослых и семей, внесут предоставленную вами информацию в информационную систему управления данными о лицах без определенного места жительства (HMIS), размещенную в базе данных поставщика программного обеспечения и представляющую собой компьютеризированную и защищенную систему хранения записей, известную как ServicePoint. По закону эти службы обязаны хранить ваши личные данные с соблюдением требований конфиденциальности. Ваши данные не будут передаваться в другие службы без вашего разрешения за исключением случаев, когда это требуется или разрешается законом.

**Подписывая этот документ, я разрешаю разглашать** мои личные данные [имя, фамилия, номер в системе социального обеспечения и статус бывшего военнослужащего], демографические данные [дата рождения, пол, расовая и этническая принадлежность], информации о зачислении и выходе из программы обеспечения льготным жильём на основании ваучеров общего пользования и координированного доступа, информации о характере моей ситуации, получаемых мной услугах и направлениях, партнерским службам, входящих в сеть координированного доступа для совершеннолетних лиц и семей с целью произведения оплаты, координации медицинского обслуживания, решения жилищных и прочих вопросов.

Я разрешаю разглашение перечисленных ниже категорий личных данных (все совершеннолетние члены семьи, получающие услуги, должны поставить свои инициалы):	
A. Психическое здоровье	Инициал/ы: _____
B. Выявление и постановка диагноза, лечение и направление на лечение расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ. Я понимаю, что разглашение содержания медицинских документов может быть ограничено в соответствии с частью 2 раздела 42 Кодекса федеральных правил (CFR), в которой регулируется конфиденциальность ведения документации о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Получатели этих медицинских документов имеют право на последующее их разглашение только с моего письменного согласия или в соответствии с частью 2 раздела 42 кодекса CFR.	Инициал/ы: _____
C. ВИЧ/СПИД	Инициал/ы: _____

Я понимаю, что эти данные могут включать в себя информацию, которая в противном случае была бы защищена законом штата Орегон и федеральным законом. Все службы, входящие в сеть координированного доступа для совершеннолетних лиц и семей, признают, что любая информация, которой обмениваются эти службы, не будет передана другим сторонам без моего дополнительного письменного разрешения, за исключением случаев, когда это требуется или разрешается законом.

**Это разрешение вступает в силу в момент, указанный ниже, и срок его действия истекает через 12 месяцев с момента моего последнего участия в программе обеспечения льготным жильём на основании ваучеров общего пользования и/или координированного доступа для совершеннолетних лиц и семей; сроки, обоснованно необходимые для завершения обмена информацией в целях, описанных и обозначенных в этом разрешении, если мной не будет указано иное. Окончательный срок действия: \_\_\_\_\_.**

Я могу отозвать это разрешение в любое время, за исключением случаев, когда на основании этого разрешения уже было предпринято действие. Отзыв этого разрешения вступает в силу с момента его получения службой, входящей в сеть координированного доступа для совершеннолетних лиц и семей.

**Бланк соглашения заполняется добровольно.** Я могу отказаться подписывать это соглашение, и мой отказ никак не повлияет на моё право на лечение, получение выплат, регистрацию или получение пособий. Отказ подписать это разрешение может отразиться на моем участии в программе координированного доступа для совершеннолетних лиц и семей, статусе в общих списках ожидания и доступе к услугам партнерских служб. Я имею право проверить или скопировать любую информацию, использованную и/или разглашенную в рамках данного соглашения. Моя подпись ниже означает одобрение мной настоящего соглашения и понимание его сути.

**Пожалуйста, перечислите имена и даты рождения всех членов семьи, получающих услуги:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Имя, фамилия клиента или законного опекуна  
(просьба писать печатными буквами)

Подпись клиента или законного опекуна

Дата

Имя, фамилия другого совершеннолетнего  
лица (просьба писать печатными буквами)

Подпись другого совершеннолетнего лица

Дата

**ЭТОТ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ОТЗЫВА ПРЕДЫДУЩЕГО**

Я отменяю действие этого разрешения. Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_