

Programa de Vales Mainstream y Acceso Coordinado para Adultos y Familias:

Autorización de divulgación de información confidencial

El Programa de Vales Mainstream brinda asistencia de alquiler para ayudar a los grupos familiares que tienen a personas (entre 18 y 61 años de edad) con discapacidades, que están en proceso de transición de entornos institucionales u otros entornos segregados, o están en riesgo de ser internados en una institución, no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin hogar. **El Acceso Coordinado para Adultos y Familias** es una red de agencias separadas que coordinan la prestaciones de asistencia de alquiler y servicios de apoyo a personas y familias, principalmente a aquellas que no tienen hogar, y les da prioridad a aquellas con los historiales más largos sin un hogar y con mayores necesidades de servicios. Esta red colabora con Home Forward para coordinar servicios a favor de los beneficiarios del Programa de Vales Mainstream. Una lista completa de agencias asociadas del Acceso Coordinado para Adultos y Familias está disponible a petición y publicada en línea en ahomeforeveryone.net/coordinatedaccess.

Las agencias del Acceso Coordinado para Adultos y Familias ingresarán la información que usted proporcione en el Sistema de Información de Administración de Personas Sin Hogar (HMIS, por sus siglas en inglés) gestionado por proveedores, un sistema computarizado y seguro de mantenimiento de registros conocido como ServicePoint. Estas agencias están obligadas por ley a mantener la privacidad de su información personal. Su información no se divulgará a otras agencias sin su autorización, a menos que la ley lo requiera o lo permita.

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación del expediente de mi cliente [nombre, número del Seguro Social y condición de veterano], datos demográficos [fecha de nacimiento, género, raza y grupo étnico], información de registro y salida del Programa de Vales Mainstream y del Acceso Coordinado, información sobre la naturaleza de mi situación, y servicios y referencias que reciba, a las agencias asociadas de Acceso Coordinado para Adultos y Familias para fines de pago, actividades de operación de la atención de salud y coordinación de vivienda y servicios relacionados.

Autorizo la divulgación de las siguientes categorías de información personal (inicial de todos los integrantes adultos del grupo familiar que están participando en los servicios):	
A. Salud mental	Inicial(es): _____
B. Diagnóstico, tratamiento y referencia a tratamiento de los trastornos de consumo de sustancias. Entiendo que los expedientes divulgados pueden estar sujetos a la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) que gobierna la confidencialidad de los expedientes de trastornos de consumo de sustancias. Las personas que reciban estos expedientes pueden volver a divulgarlos únicamente con mi consentimiento por escrito o según lo permitido por el CFR 42 Parte 2.	Inicial(es): _____
C. VIH/SIDA	Inicial(es): _____

Entiendo que esta información puede incluir información que estaría protegida de otro modo por las leyes de Oregon y las leyes federales. Todas las agencias participantes del Acceso Coordinado para Adultos y Familias reconocen que cualquier información divulgada entre estas agencias no puede volver a divulgarse a otras partes sin mi autorización adicional por escrito, a menos que la ley lo requiera o lo permita.

Esta autorización entrará en vigor en la siguiente fecha y vencerá a los 12 meses siguientes a mi última fecha de participación en el Programa de Vales Mainstream y/o el Acceso Coordinado para Adultos y Familias; un periodo razonablemente necesario para completar la divulgación de información para los fines descritos y mencionados en esta autorización, a menos que yo indique lo contrario.

Fecha específica de vencimiento: _____.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan tomado acciones en función de la autorización. La revocación de esta autorización es efectiva al momento en que la reciba una agencia de Acceso Coordinado para Adultos y Familias.

Esta autorización es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y mi denegación no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios. Rehusarme a firmar esta autorización puede afectar mi participación en el Acceso Coordinado para Adultos y Familias, las listas priorizadas compartidas y el acceso a las agencias asociadas. Puedo revisar o copiar cualquier información utilizada y/o divulgada bajo esta autorización. Mi firma a continuación indica que acepto esta autorización y entiendo lo que significa.

Mencione los nombres y las fechas de nacimiento de todos los integrantes del grupo familiar que están participando en los servicios.

Nombre del cliente o tutor legal (en letra imprenta)

Firma del cliente o tutor legal

Fecha

Nombre del adulto adicional (en letra imprenta)

Firma del adulto adicional

Fecha

SOLO COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA REVOCAR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

Revoco esta autorización. Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____