<u>Chương trình Trợ cấp Mainstream & Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình</u>:
Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Được Bảo mật

Chương trình Trợ cấp Chính thống (Mainstream Voucher) cấp trợ cấp thuê nhà nhằm giúp đỡ những hộ gia đình có thành viên không ở tuổi cao niên (18-61 tuổi) bị khuyết tật đang chuyển ra khỏi các cơ sở điều trị hoặc cơ sở tách biệt khác, có nguy cơ vào viện nuôi dưỡng, vô gia cư hoặc có nguy cơ trở thành vô gia cư. **Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình (Coordinated Access for Adults and Families)** là một mạng lưới bao gồm các cơ quan riêng biệt phối hợp với nhau để điều phối trợ cấp nhà ở và dịch vụ hỗ trợ cho các cá nhân và gia đình, chủ yếu là người vô gia cư, với ưu tiên được dành cho những người có tiền sử vô gia cư lâu nhất và có nhu cầu dịch vụ cao nhất. Mạng lưới này hợp tác với Home Forward để điều phối các dịch vụ cho những người nhận Trợ cấp Chính thống. Danh sách đầy đủ các cơ quan đối tác của Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình được cung cấp theo yêu cầu và được công bố trực tuyến tại <u>ahomeforeveryone.net/coordinedaccess</u>.

Các cơ quan Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình sẽ nhập thông tin quý vị cung cấp vào Hệ thống Quản lý Thông tin Người vô gia cư (Homeless Management Information System, hoặc HMIS), một hệ thống lưu giữ hồ sơ được bảo mật bằng máy tính gọi là Servicepoint. Pháp luật yêu cầu các cơ quan này phải bảo mật thông tin cá nhân của quý vị. Thông tin của quý vị sẽ không được tiết lộ cho các cơ quan khác mà không có sự cho phép của quý vị, trừ khi được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép.

Bằng cách ký vào mẫu này, tôi cho phép việc tiết lộ Thông tin hồ sơ của tôi [Tên, số an sinh xã hội và tình trạng cựu chiến binh], Thông tin nhân khẩu học [Ngày sinh, giới tính, chủng tộc và dân tộc], Thông tin liên quan đến việc đăng ký hay rời khỏi chương trình Trợ cấp Chính thống và Dịch vụ Điều phối, Thông tin về hoàn cảnh của tôi, các dịch vụ và giới thiệu tôi nhận được, cho các cơ quan đối tác của Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình cho mục đích thanh toán, điều hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe, điều phối trợ cấp nhà ở và các dịch vụ liên quan khác.

Tôi cho phép tiết lộ các loại thông tin cá nhân sau đây (tất cả các thành viên gia đình tuổi trưởng thành đang nhận dịch vụ đều phải ký tên tắt):	
A. Sức khỏe Tâm thần	Ký tên tắt/Initials:
B. Chẩn đoán rối loạn sử dụng chất gây nghiện, điều trị và giới thiệu điều trị. Tôi hiểu rằng các hồ sơ được tiết lộ có thể chịu sự chi phối của Phần 2, Tiêu đề 42 của Bộ pháp điển các Quy định Liên bang (CFR) về tính bảo mật của các hồ sơ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện. Bên nhận những hồ sơ này chỉ có thể tiết lộ lại hồ sơ khi có sự đồng ý bằng văn bản của tôi hoặc như được cho phép bởi Điều 42 CFR Phần 2.	Ký tên tắt/Initials:
C. HIV/AIDS	Ký tên tắt/Initials:

Tôi hiểu rằng thông tin này có thể bao gồm thông tin mà mặt khác được bảo vệ bởi luật pháp tiểu bang Oregon và liên bang. Tất cả các cơ quan làm việc với Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình phối hợp cho người lớn và gia đình tham gia đều thừa nhận rằng mọi thông tin được tiết lộ giữa các cơ quan này sẽ không được tiết lộ lại cho các bên khác mà không có sự cho phép thêm bằng văn bản của tôi, trừ khi luật pháp yêu cầu hoặc cho phép.

Giấy phép này có hiệu lực vào ngày bên dưới và <u>sẽ hết hạn 12 tháng kể từ ngày cuối cùng tôi tham gia Chương trình Trợ cấp Chính thống và/hoặc Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình</u>; một khoảng thời gian hợp lý cần thiết để hoàn thành việc chia sẻ thông tin cho các mục đích được mô tả và nêu trong giấy phép này <u>trừ khi tôi nêu ra quyết định khác</u>. ☐ Ngày hết hạn chính xác: _____.

Tôi có thể thu hồi giấy phép này bất cứ lúc nào, ngoại trừ phạm vi mà hành động đã được thực hiện dựa trên giấy phép này. Việc thu hồi giấy phép sẽ có hiệu lực vào ngày một cơ quan Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình nhận được.

<u>Giấy phép này là tự nguyện.</u> Tôi có thể từ chối ký giấy phép này và việc từ chối của tôi sẽ không ảnh hưởng đến khả năng được nhận dịch vụ điều trị, trợ cấp, đăng ký hay khả năng nhận trợ cấp. Việc từ chối ký giấy phép này có thể ảnh hưởng đến sự tham gia của tôi trong chương trình Trợ cấp Phối hợp cho Người lớn và Gia đình, danh sách ưu tiên được chia sẻ, và quyền sử dụng các cơ quan đối tác. Tôi có thể kiểm tra hoặc sao chép bất cứ thông tin nào được sử dụng và/hoặc tiết lộ theo giấy phép này. Chữ ký của tôi dưới đây cho thấy tôi đồng ý với giấy phép này và hiểu ý nghĩa của nó.

Vui lòng ghi tên và ngày sinh của tất cả các thành viên gia đình tham gia dịch vụ:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Tên thân chủ hoặc Người giám hộ hợp pháp (viết hoa) **Chữ ký của thân chủ hoặc Người giám hộ hợp pháp**

_____ _____

Ngày **Ngày**

_____ _____

Tên Người lớn Khác (viết hoa) **Ngày** **Chữ ký của Người lớn Khác** **Ngày**

CHỈ HOÀN THÀNH PHẦN NÀY ĐỂ THU HỒI GIẤY PHÉP ĐÃ CUNG CẤP TRƯỚC ĐÂY

Tôi thu hồi giấy phép này. **Chữ ký:** _____ **Ngày:** _____

Chữ ký: _____ **Ngày:** _____