



Hệ thống Ứng phó với Tình trạng vô gia cư (Homelessness Response System) Giấy Cho phép việc Sử dụng và Chia sẻ Thông tin



Bản Cho phép Sử dụng và Chia sẻ Thông tin này (“Bản Cho phép”) và Thông báo về các Thực hành Quyền Riêng tư (“Thông báo”) được đính kèm mô tả cách Cơ quan Dịch vụ cho Người Vô gia cư và Nhà ở Hỗ trợ (Department of Homelessness and Supportive Housing - HSH) San Francisco cùng các đối tác của Cơ quan có thể sử dụng và chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị. Ngoài ra, các tài liệu này cũng mô tả những quyền của quý vị liên quan đến thông tin cá nhân của mình. Vui lòng đọc kỹ các tài liệu này.

Trong vai trò là Hệ thống Thông tin Quản lý Người Vô gia cư (Homeless Management Information System - HMIS) của San Francisco, Hệ thống Điều hướng và Nhập liệu Trực tuyến (“Hệ thống ONE” - Online Navigation and Entry) là một cơ sở dữ liệu và ứng dụng phần mềm dùng chung, được bảo vệ, cho phép HSH và các đối tác thu thập và nhập dữ liệu ở cấp độ người sử dụng dịch vụ, quản lý dịch vụ, và tạo ra các báo cáo. Các chức năng này nhằm cải thiện việc cung cấp dịch vụ và điều phối hoạt động chăm sóc cho người sử dụng dịch vụ, theo dõi kết quả của người sử dụng dịch vụ và hỗ trợ các yêu cầu về việc báo cáo cho những người đang hoặc có nguy cơ trở thành người vô gia cư ở San Francisco.

Thông tin cá nhân trong Hệ thống ONE được bảo vệ và chỉ được sử dụng hoặc chia sẻ theo quy định của Thông báo được đính kèm, với sự đồng ý bằng văn bản của cá nhân, hoặc khi pháp luật yêu cầu. Thông tin cá nhân trong Hệ thống ONE chỉ được truy cập bởi nhân viên được cấp phép của HSH và các đối tác của HSH trong hệ thống ứng phó với tình trạng vô gia cư, mỗi đối tác được gọi là “Cơ quan Đối tác”, và gọi chung là “các Cơ quan Đối tác”.

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi hiểu rằng:

- Tôi hiểu rằng việc truy cập vào thông tin cá nhân được bảo vệ (protected personal information - PPI) và/hoặc thông tin sức khỏe được bảo vệ (protected health information - PHI) của tôi có thể bị hạn chế bởi các quy định của liên bang, tiểu bang và địa phương, bao gồm nhưng không giới hạn ở Thông báo Cuối cùng về Dữ liệu và Tiêu chuẩn Kỹ thuật của Hệ thống Thông tin Quản lý Người vô gia cư (Homeless Management Information Systems - “HMIS”) (2004) của Bộ Nhà ở và Phát triển Đô thị Hoa Kỳ; 45 C.F.R., các Phần 160 và 164 trong Đạo luật về Khả năng Chuyển đổi Bảo hiểm Sức khỏe và Trách nhiệm Giải trình, (Health Insurance Portability and Accountability Act - “HIPAA”); Mục 18999.8 của Bộ luật Phúc lợi và Thể chế California; và Chương 12M của Bộ luật Hành chính San Francisco.
- Tôi hiểu rằng việc truy cập vào hồ sơ y tế, HIV/AIDS, sức khỏe tâm thần và phương pháp điều trị chất kích thích và rượu bia của tôi có thể bị hạn chế bởi các quy định của liên bang và tiểu bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở: Mục 5328 của Bộ luật Phúc lợi và Thể chế (Welfare and Institutions Code) California, Đạo luật Bảo mật Thông tin Y tế, Mục 56.10 trở đi của Bộ luật Dân sự California (California Civil Code - CIMA); HIPAA; và Quy định Liên bang Chi phối tính Bảo mật của Hồ sơ Bệnh nhân Lạm dụng Chất kích thích, 42 C.F.R., Phần 2.
- Tôi hiểu rằng việc ký vào Bản Cho phép này không đảm bảo tôi sẽ nhận được các dịch vụ. Tôi hiểu rằng ngoại trừ các chương trình bắt buộc phải có thông tin cá nhân để xác định khả năng đủ điều kiện tham gia chương trình hoặc đánh giá các dịch vụ tôi cần, tôi có quyền từ chối chia sẻ thông tin cá nhân của mình mà không bị mất cơ hội sử dụng dịch vụ. Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối ký tên vào Bản Cho phép này, nhưng việc đó có thể hạn chế các dịch vụ mà tôi nhận được.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận một bản sao của Bản Cho phép này và Thông báo đính kèm. Tôi hiểu rằng tôi có quyền kiểm tra hoặc nhận bản thông tin cá nhân của mình. Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu chỉnh sửa thông tin cá nhân mà tôi cho là không chính xác hoặc không đầy đủ.

- Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự đồng ý của mình theo Bản Cho phép này bất cứ lúc nào. Nếu tôi rút lại sự đồng ý, tôi hiểu rằng thông tin về tôi sẽ không được thu thập thêm, nhưng điều đó sẽ không đảo ngược hoặc xóa bỏ bất kỳ thông tin nào đã được thu thập, sử dụng hoặc chia sẻ trước đó với sự đồng ý của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại sự đồng ý của mình, việc thực hiện dịch vụ và điều phối các dịch vụ của tôi có thể bị ảnh hưởng.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi có thắc mắc về thông tin cá nhân hoặc các quyền của tôi liên quan đến thông tin của mình, tôi có thể liên hệ với HSH qua địa chỉ hsh.privacy@sfgov.org.

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi cho phép những điều sau:

- Tôi cho phép HSH, các Cơ quan Đối tác và các đại lý, đại diện được ủy quyền của họ được thu thập, sử dụng và chia sẻ thông tin cá nhân của tôi theo quy định trong Thông báo này, với sự đồng ý bằng văn bản của tôi, hoặc khi pháp luật yêu cầu. Tôi hiểu rằng các Cơ quan Đối tác có thể thay đổi qua thời gian, và danh sách mới nhất gồm các Cơ quan Đối tác có trên trang web của HSH tại: www.sf.gov/hsh-partner-agencies-one-system-access. Tôi hiểu rằng HSH có quyền sửa đổi Thông báo và áp dụng Thông báo đã sửa đổi đối với thông tin cá nhân đã được thu thập, sử dụng hoặc xử lý cũng như bất kỳ thông tin nào được thu thập, sử dụng hoặc xử lý trong tương lai.
- Tôi cho phép HSH chia sẻ thông tin cá nhân của tôi cho các Nhóm Nhân sự Đa ngành Hỗ trợ Người trưởng thành và Gia đình Vô gia cư (Homeless Adult and Family Multidisciplinary Personnel Teams - HMDT) của CCSF nhằm mục đích đẩy nhanh quá trình nhận diện, đánh giá và kết nối với nhà ở và các dịch vụ.
- Nếu tôi là thành viên đã ghi danh tham gia vào một Chương trình Chăm sóc Sức khỏe được Quản lý của Medi-Cal, bao gồm Chương trình Sức khỏe San Francisco (San Francisco Health Plan - SFHP), Anthem Blue Cross, hoặc Kaiser Permanente, tôi cho phép HSH sử dụng và chia sẻ thông tin cá nhân của tôi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi nhằm mục đích cung cấp hoặc điều phối dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và để quản lý việc điều phối, chấp thuận và lập hóa đơn cho các Dịch vụ Hỗ trợ Cộng đồng CalAIM.

Chữ ký

Việc cho phép sử dụng và chia sẻ thông tin cá nhân có hiệu lực trong ba năm, trừ trường hợp có ghi chú khác bên dưới.

Họ và tên (Người sử dụng dịch vụ): _____

Chữ ký (Người Sử dụng Dịch vụ hoặc Người Đại diện Hợp pháp): _____ Ngày: _____

Nếu được ký bởi một Người Đại diện Hợp pháp, vui lòng cung cấp:

- Họ và tên (Người Đại diện Hợp pháp): _____
- Mối Quan hệ với Người Sử dụng Dịch vụ: _____

Bản Cho phép này hết hạn sau ba năm kể từ ngày ký tên hoặc ngày sớm hơn được ghi chú ở đây: _____