



Homelessness Response System

Awtorisasyon para sa Paggamit at Paghahayag ng Impormasyon



Ang Awtorisasyon na ito para sa Paggamit at Paghahayag ng Impormasyon (“Awtorisasyon”) at ang kalakip na Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy (“Abiso”) ay naglalarawan kung paano maaaring gamitin at ihahayag ang iyong personal na impormasyon ng San Francisco Department of Homelessness and Supportive Housing (HSH) at mga partner nito. Bilang karagdagan, inilalarawan nito ang iyong mga karapatan tungkol sa iyong personal na impormasyon. Mangyaring suriing mabuti ang mga form na ito.

Bilang Homeless Management Information System ng San Francisco, ang Online Navigation and Entry System (“ONE System”) ay isang shared, protektadong database at software application na nagbibigay-daan sa HSH at sa mga ka-partner nito na mangolekta at mag-input ng client-level data, pamahalaan ang mga serbisyo, at bumuo ng mga report. Nakakatulong ang mga function na ito na mapabuti ang paghahatid ng serbisyo at koordinasyon ng pangangalaga sa kliyente, subaybayan ang mga resulta ng kliyente, at mapadali ang mga kinakailangan sa pagre-report para sa mga taong nakakaranas – o nasa panganib na makakaranas – na mawalan ng tirahan sa San Francisco.

Ang personal na impormasyon sa ONE System ay protektado at maaari lamang gamitin o ihayag bilang pagsunod sa kalakip na Abiso, na may nakasulat na pahintulot ng indibidwal, o kapag kinakailangan ng batas. Ang personal na impormasyon sa ONE System ay maaari lamang ma-access ng mga awtorisadong tauhan mula sa HSH at mga partner nito sa loob ng sistema ng pagtugon sa kawalan ng tirahan, bawat isa ay “Partner Agency,” at magkasama ay “Partner Agencies.”

Sa pagpirma sa form na ito, naiintindihan ko ang sumusunod:

- Nauunawaan ko na ang pag-access sa aking protektadong personal na impormasyon (PPI) at/o protektadong impormasyon sa kalusugan (PHI) ay maaaring limitado ng pederal, estado, at lokal na mga regulasyon, kabilang ngunit hindi limitado sa, U.S. Department of Housing and Urban Development Homeless Management Information Systems Data and Technical Standards (2004) Final Notice (“HMIS”); ang Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R., Parts 160 at 164 (“HIPAA”); California Welfare and Institutions Code Section 18999.8; at San Francisco Administrative Code Chapter 12M.
- Nauunawaan ko na ang pag-access saaking mga rekord ng medikal, HIV/AIDS, kalusugan ng isip, at paggamot sa droga at alkohol ay maaaring limitado ng mga regulasyon ng pederal at estado, kabilang ngunit hindi limitado sa, California Welfare and Institutions Code Section 5328, Confidentiality of Medical Information Act, California Civil Code Section 56.10 et seq (CIMA); HIPAA; at Federal Regulations Governing Confidentiality of Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R., Part 2.
- Naiintindihan ko na ang paglagda sa Awtorisasyon na ito ay hindi ginagarantiya na makakatanggap ako ng mga serbisyo. Naiintindihan ko na maliban sa mga programa na nangangailangan ng personal na impormasyon upang matukoy ang pagiging karapat-dapat ng programa o masuri ang mga kinakailangang serbisyo, may karapatan akong tanggihan na ihayag ang aking personal na impormasyon nang hindi tinatanggi ang pag-access sa mga serbisyo. Naiintindihan ko na maaari kong tanggihan na lagdaan ang Awtorisasyon na ito, ngunit ang paggawa nito ay maaaring limitahan ang mga serbisyong natatangap ko.
- Nauunawaan kong may karapatan akong makatangap ng kopya ng Awtorisasyon na ito at ang kalakip na Abiso. Naiintindihan ko na may karapatan akong siyasatin o tumanggap ng kopya ng aking personal na impormasyon. Naiintindihan ko na may karapatan akong humiling ng pagwawasto sa personal na impormasyon na pinaniniwalaan kong hindi tama o hindi kumpleto.

- Naiintindihan ko na maaari kong bawiin ang aking pahintulot sa ilalim ng Awtorisasyon na ito anumang oras. Kung babawiin ko ang aking pahintulot, nauunawaan ko na ang karagdagang impormasyon tungkol sa akin ay maaaring hindi kolektahin, ngunit hindi nito maibabalik o maaalis ang anumang impormasyon na dati nang nakolekta, ginamit, o nahayag nang may pahintulot ko. Naiintindihan ko na kung bawiin ko ang aking pahintulot, maaaring maapektuhan ang paghahatid ng serbisyo at koordinasyon ng aking mga serbisyo.
- Naiintindihan ko na kung mayroon akong mga tanong tungkol sa aking personal na impormasyon o sa aking mga karapatan tungkol sa aking impormasyon, maaari akong makipag-ugnayan sa HSH sa hsh.privacy@sfgov.org.

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinahihintulutan ko ang sumusunod:

- Pinapahintulutan ko ang HSH, ang Partner Agencies, at ang kanilang mga awtorisadong ahente at kinatawan na kolektahin, gamitin, at ihayag ang aking personal na impormasyon bilang pagsunod sa Abiso, kasama ang aking nakasulat na pahintulot, o kapag kinakailangan ng batas. Naiintindihan ko na ang Partner Agencies ay maaaring magbago sa paglipas ng panahon, at ang kasalukuyang listahan ng Partner Agencies ay available sa HSH website sa: www.sf.gov/hsh-partner-agencies-one-system-access. Naiintindihan ko na inilalaan ng HSH ang karapatang amyendahan ang Abiso at gawing epektibo ang binagong Abiso para sa personal na impormasyong nakolekta, ginamit, o naproseso pati na rin sa anumang impormasyong nakolekta, ginamit, o naproseso sa hinaharap.
- Pinapahintulutan ko ang HSH na ihayag ang aking personal na impormasyon sa CCSF Homeless Adult and Family Multidisciplinary Personnel Teams (HMDT) para salayunin ng pagpapabilis ng pagkakakilanlan, pagtatasa, at pag-uugnay sa pabahay at mga serbisyo.
- Kung ako ay naka-enroll na miyembro ng Medi-Cal Managed Care Plan, kabilang ang San Francisco Health Plan (SFHP), Anthem Blue Cross, o Kaiser Permanente, pinapahintulutan ko ang HSH na gamitin at ihayag ang aking personal na impormasyon sa aking planong pangkalusugan para sa layunin ng pagbibigay o pag-coordinate ng aking pangangalagang pangkalusugan at upang mangasiwa ng koordinasyon, awtorisasyon, at pagsingil para sa CalAIM Community Supports.

Lagda

Ang pahintulot na gumamit at maghayag ng personal na impormasyon ay may bisa sa loob ng tatlong taon maliban kung nakasaad sa ibaba.

Buong Pangalan (Kliyente): _____	
Lagda (Kliyente o Legal na Representatibo): _____	Petsa: _____
Kung nilagdaan ng Legal na Representatibo, mangyaring ibigay ang:	
• Buong Pangalan (Legal na Representatibo): _____ • Relasyon sa Kliyente: _____	
Ang Awtorisasyong ito ay mag-e-expire tatlong taon mula sa petsa ng lagda o ang naunang petsa na nakasaad dito: _____	