



Система помощи бездомным

Разрешение на использование и раскрытие информации



В настоящем Разрешении на использование и разглашение информации (именуемое далее «Разрешение») и прилагаемом Уведомлении о порядке использования конфиденциальной информации (именуемое далее «Уведомление») описан порядок использования и разглашения ваших персональных данных Департаментом по проблемам бездомности и предоставлению вспомогательного жилья Сан-Франциско (HSH) и его партнерами. Кроме того, в них описаны ваши права в отношении ваших персональных данных. Просим вас внимательно ознакомиться с этими формами.

Онлайновая система навигации и регистрации (именуемая далее «Система ONE»), которая является информационной системой управления услугами, предоставляемыми бездомным в Сан-Франциско, включает в себя защищенную базу данных для совместного использования и реализована в виде приложения, которое позволяет HSH и его партнерам собирать и регистрировать клиентские данные, управлять услугами и создавать необходимые отчеты. Такие функции повышают уровень обслуживания и помогают координировать оказываемую клиентам помощь, а также отслеживать достигнутые результаты и поддерживать требуемую отчетность в отношении тех лиц в Сан-Франциско, которые уже лишены постоянного места жительства или могут его лишиться.

Персональные данные в системе ONE защищены и подлежат использованию или разглашению только при условии соблюдения требований прилагаемого Уведомления, при наличии письменного согласия лица, которому они принадлежат, либо в случаях, предусмотренных законом. Доступ к персональным данным в системе ONE разрешен только уполномоченному персоналу HSH и его партнерам в пределах системы помощи бездомным, каждый из которых именуется «Партнерское агентство», а вместе взятые — «Партнерские агентства».

Подписывая настоящую форму, я отдаю себе отчет в следующем:

- Я отдаю себе отчет в том, что доступ к моей защищенным персональным данным (PPI) и/или защищенной информации о здоровье (PHI) может ограничиваться федеральными, местными нормативными актами или нормативными актами штата, включая, помимо прочего, Окончательное уведомление касательно данных и технических стандартов (2004 г.) информационных систем управления услугами для бездомных (далее «HMIS») Департамента жилищного и городского развития США; Закон о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения, Свод федеральных правил 45, части 160 и 164 (далее «HIPAA»); Закон о социальном обеспечении штата Калифорния, раздел 18999.8; а также Административный кодекс Сан-Франциско, глава 12M.
- Я отдаю себе отчет в том, что доступ к моей истории болезни, сведениям о ВИЧ/СПИД, психическом здоровье и лечении наркотической и алкогольной зависимости может быть ограничен нормативными актами федерального уровня и на уровне штата, включая, помимо прочего, Закон о социальном обеспечении штата Калифорния, раздел 5328, Закон о конфиденциальности медицинской информации, Гражданский кодекс штата Калифорния, раздел 56.10 и след. (CIMA); HIPAA; а также Федеральные правила обеспечения конфиденциальности записей о больных, злоупотребляющих психоактивными веществами, Свод федеральных правил 42, часть 2.
- Я отдаю себе отчет в том, что подписание настоящего Разрешения не гарантирует предоставление мне услуг. Я отдаю себе отчет в том, что за исключением программ, для которых необходимы персональные данные, чтобы установить возможность участия в них или оценить требуемые услуги, у меня есть право отказаться от разглашения моих персональных данных, не сталкиваясь с отказом в предоставлении доступа к услугам. Я отдаю себе отчет в том, что я могу отказаться от подписания настоящего Разрешения, но в таком случае объем предоставляемых мне услуг может быть ограничен.

- Я отдаю себе отчет в том, что у меня есть право получить экземпляр настоящего Разрешения и прилагаемого Уведомления. Я отдаю себе отчет в том, что у меня есть право проверить или получить копию моих персональных данных. Я отдаю себе отчет в том, что у меня есть право потребовать исправления персональных данных, которые по моему мнению являются неточными или неполными.
- Я отдаю себе отчет в том, что я в любой момент могу отозвать свое согласие в рамках настоящего Разрешения. Я отдаю себе отчет в том, что если я отзываю свое согласие, дальнейшая информация обо мне не должна будет собираться, однако я не отменю и не удалю какую-либо информацию, которая ранее была собрана, использована либо раскрыта с моего согласия. Я отдаю себе отчет в том, что если я отзываю свое согласие, это может повлиять на предоставление услуг и координацию их предоставления мне.
- Я отдаю себе отчет в том, что при возникновении вопросов касательно моих персональных данных или моих прав в отношении моей информации я могу связаться с HSH по адресу hsh.privacy@sfgov.org.

Подписывая настоящую форму, я разрешаю следующее:

- Я разрешаю HSH, Партнерским агентствам и их уполномоченным агентам и представителям собирать, использовать и раскрывать мои персональные данные в соответствии с настоящим Уведомлением, с моего письменного согласия или в случаях, предусмотренных законом. Я отдаю себе отчет в том, что Партнерские агентства с течением времени могут меняться и что текущий список Партнерских агентств доступен на веб-сайте HSH по адресу: www.sf.gov/hsh-partner-agencies-one-system-access. Я отдаю себе отчет в том, что HSH оставляет за собой право вносить изменения в Уведомление и вводить такое измененное Уведомление в действие в отношении собранных, используемых или обработанных персональных данных, а также любых данных, собираемых, используемых или обрабатываемых в будущем.
- Я разрешаю HSH раскрывать мои персональные данные многопрофильным группам специалистов по работе с бездомными совершеннолетними и их семьями (HMDT) города и округа Сан-Франциско с целью ускорения подбора, оценки и предоставления жилья и услуг.
- Если я являюсь участником плана регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal, включая план медицинского страхования в Сан-Франциско (SFHP), Anthem Blue Cross или Kaiser Permanente, я разрешаю HSH использовать и раскрывать мои персональные данные моему отделу по работе с участниками плана медицинского страхования в целях предоставления мне медицинских услуг или их координации, а также для координации услуг CalAIM Community Supports, предоставления соответствующих полномочий и выставления счетов за их предоставление.

Подпись

Разрешение на использование и раскрытие персональных данных действительно в течение трех лет, если иное не указано ниже.

Имя и фамилия (клиент): _____

Подпись (клиента или законного представителя): _____ Дата:

Если подпись принадлежит законному представителю, укажите:

- Полное имя (законный представитель): _____
- Степень родства с клиентом: _____

Срок действия настоящего Разрешения истекает через три года с даты подписания или в более раннюю дату, указанную здесь: _____