



Sistema de información y administración para personas sin hogar del condado de Ventura

Reconocimiento y autorización de los participantes para la colección y el intercambio de información con agencias asociadas

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los E.U. requiere que la información personal del participante sea recogida e inscrita en VCHMIS para que el Condado de Ventura sea elegible para recibir fondos de HUD. VCHMIS y sus agencias asociadas pueden luego compartir la información del cliente de manera electrónica y verbal para colaborar de manera más rápida y eficiente para brindar servicios integrales y coordinados a las personas sin hogar y de bajos ingresos que corren el riesgo de quedarse sin hogar en el Condado de Ventura.

Como participante en nuestro programa, la información que proporcione será recogida e inscrita en VCHMIS y se compartirá con las Agencias asociadas de manera electrónica y a través de conferencias de casos y esfuerzos de colaboración para conectarlo mejor con los servicios para ayudarlo a alcanzar sus metas. Tenga en cuenta que solo el personal autorizado de las Agencias asociadas podrá ver su información. VCHMIS tiene muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad de la información de los participantes de parte de todo el personal, excepto el personal autorizado de VCHMIS y de las Agencias asociadas. (Las agencias asociadas se enumeran en el reverso).

Puede negarse a proporcionar información sobre usted y puede cancelar esta autorización para compartir información en cualquier momento completando una Revocación de Consentimiento del cliente para divulgar información a VCHMIS. Rehusarse a compartir datos no le impedirá recibir servicios, pero puede demorar su acceso a algunos programas dentro del sistema de servicios comunitarios.

Por favor, inicie uno de los siguientes niveles de consentimiento que será válido por un año a partir de la fecha firmada:

_____ Doy autorización y la de mis dependientes para que la información personal protegida y relevante sea inscrita en el VCHMIS y se comparta entre las agencias asociadas a través de reuniones del caso, conferencia y comunicación entre proveedores sobre referencias.

_____ Doy mi autorización y la de mis dependientes para que la información personal y relevante sea inscrita en VCHMIS, pero no se comparta entre las Agencias asociadas.

_____ No consiento la entrada de información personal sobre mí y cualquier dependiente en VCHMIS.

NOMBRE del cliente/guardián (imprimida)

Firma del cliente o Guardián

Fecha

Testigo por (Nombre del miembro del personal imprimida) Firma del miembro del personal

Nombre de agencia

Fecha de vencimiento (un año a partir de la fecha firmada)



Agencias Participantes

- California State University Channel Islands
- Casa Pacifica
- City of Oxnard Housing Authority
- City of Santa Paula Housing Authority
- City of Ventura- City Proactive Outreach Program
- Community Action of Ventura County
- County of Ventura Health Care Agency, Behavioral Health PATH/ R.I.S.E.
- County of Ventura Health Care Agency, Behavioral Health Adult Clinics
- County of Ventura Health Care Agency, One Stop/Whole Person Care/Hospital Case Management
- County of Ventura Human Services Agency, Homeless Services
- County of Ventura Human Services Agency, VCHMIS
- County of Ventura Human Services Agency, RAIN Transitional Living Center
- Downtown Ventura Partners- City Proactive Outreach Program
- Federal Emergency Management Agency
- Gold Coast Health Care Plan
- Gold Coast Veterans Foundation
- Harbor House
- Housing Authority of the City of San Buenaventura
- Help of Ojai
- Independent Living Resource Center
- Interface Children and Family Services – 2-1-1
- Interface Children and Family Services—Youth and Runaway Shelter Program
- Kingdom Center, Gabriel's House
- Lutheran Social Services
- Many Mansions
- Mercy House
- Pacific Clinics TAY Tunnel
- National Health Foundation
- Project Understanding
- Samaritan Center
- The Salvation Army Southern California Division, Ventura Social Services
- The Salvation Army Southern California Division, Supportive Services for Veterans Families
- Shelter Care Resources
- The Spirit of Santa Paula
- Turning Point Foundation
- United Way of Ventura County
- Ventura County Area Agency on Aging
- Ventura County Continuum of Care



Revocación del cliente del consentimiento

Por el presente revoco el permiso para esta Agencia Participante _____ para compartir mi información personal y doméstica en el Sistema de Información para la Administración de Personas sin Hogar del Condado de Ventura (VCHMIS), un proyecto del Continuo de Atención del Condado de Ventura (VCCoC).

Entiendo que la información permanecerá en el VCHMIS, pero la información ya no estará disponible para ninguna otra agencia participante.

NOMBRE del Cliente /Guardián (imprimida)

Firma del cliente o Guardián

Fecha firmada