



## Formulario de divulgación de información del cliente del Sistema de información para Personas sin Hogar de Kentucky (KYHMIS)

Estimado cliente,

La agencia que visitó hoy utiliza un Sistema de software llamado Sistema de información de gestión de personas sin hogar de Kentucky (KYHMIS- por sus siglas en inglés) para rastrear y compartir información sobre sus clientes. Cuando usted busca servicios, se asume que está dando su consentimiento para que su información se almacene y se utilice en KYHMIS.

Si bien usted tiene derecho a negarse a que su información se almacene y/o comparta en KYHMIS, su participación puede beneficiarlo enormemente. Puede ayudarlo a evitar que lo vuelvan a evaluar en futuras visitas, puede ayudarlo a recibir servicios más rápidamente y debería minimizar la cantidad de veces que tiene que contar su "historia" en el futuro.

Todas las personas que acceden a KYHMIS han recibido capacitación sobre confidencialidad y han firmado acuerdos para proteger la información de los clientes. Las agencias también deben cumplir con el Aviso de privacidad de KYHMIS, que se publica a la vista del público en la agencia que se indica a continuación.

---

### Como se muestra con mi firma a continuación, entiendo y reconozco que:

- Tengo derecho a rechazar que mi información sea almacenada y/o compartida en KYHMIS.
- Si me niego a que mi información se almacene o comparta en KYHMIS, no se me negarán los servicios en esta agencia o en cualquier otra agencia participante donde sea elegible para recibir servicios.
- A menos que rechace expresamente mi consentimiento, mi información y la información sobre mis dependientes legales se compartirá con otras agencias participantes de KYHMIS. Esto puede incluir información sobre la puntuación VI-SPDAT o una discapacidad.
- Las agencias que participan en KYHMIS tienen la obligación de mantener la confidencialidad de mi información personal y registros, incluidos los de cualquier dependiente que figure en este formulario. Una vez que se divulga la información bajo este consentimiento, la agencia que se indica a continuación no es responsable de cómo la utilicen otras agencias participantes.
- Este reconocimiento permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de mi firma a continuación. Tengo derecho a revocar mi consentimiento para usar mi información en KYHMIS en cualquier momento notificándolo por escrito a la Agencia a continuación. La renovación no será retroactiva.

#### Opción 1

\_\_\_\_ Reconozco que la Agencia ingresará y almacenará mi información y la información de mis dependientes en KYHMIS y compartirá esa información con otras agencias participantes de KYHMIS de conformidad con la Política de Privacidad de KYHMIS

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento



### Opción 2

Doy mi consentimiento SOLO para que la Agencia ingrese y almacene mi información en KYHMIS para su uso por parte de la Agencia y según lo exija la ley. No doy mi consentimiento para que mi información se comparta con otras agencias participantes de KYHMIS.

---

*Este formulario expira un año después de la fecha en que cada Cliente firma a continuación.*

*Este formulario se puede llenar para su comodidad. Sin embargo, todas las firmas deben ser MANUALES para que esta autorización de divulgación de información sea válida.*

Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

---

Firma del cliente, tutor, o poder notarial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Firma del cliente, tutor o poder notarial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

Firma del Representante de la Agencia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Consentimiento verbal: Debe ser completado por el administrador de casos (solo cuando el participante acepta, pero no puede firmar).
--

Certifico que leí verbalmente este Formulario de Divulgación de Información al participante y que el participante consiente todas las declaraciones contenidas en el mismo.
---

Firma	Nombre impreso	Fecha
-------	----------------	-------

X
---