

## Уведомление о конфиденциальности данных HMIS штата Миннесота

Мы собираем личную информацию о людях, которых мы обслуживаем, в компьютерной системе под названием «Информационная система управления бездомными» (HMIS) штата Миннесота. Многие социальные службы используют именно эту компьютерную систему. Среди них программы просветительской деятельности, жилищного строительства и строительства приютов.

### Зачем мы собираем информацию?

- Чтобы поддержать эту программу, а также другие программы такого типа. Мы должны использовать HMIS.
- Так мы узнаем, сколько и каких людей мы обслуживаем в нашем агентстве и во всем штате.
- Так мы получаем информацию о том, что нужно людям, и планируем, как удовлетворить эти потребности.

### Кто может видеть информацию, которая находится в HMIS штата Миннесота?

- Сотрудники агентства будут использовать информацию для оказания услуг вам или вашей семье.
- Другие агентства, подобные этому, которые предоставляют услуги и которые получили от вас разрешение на просмотр вашей информации. Агентства, которые участвуют в HMIS штата Миннесота, могут время от времени меняться. Копия текущего списка участвующих агентств предоставляется по запросу.
- Аудиторы или спонсоры, которые могут запрашивать результаты работы агентства на законных основаниях. Среди прочих, это Министерство жилищного строительства и городского развития США, а также другие государственные и местные органы власти.
- Организации, которые запускают, администрируют и работают в системе, например, Институт альянса с общественностью или местные системные администраторы. Работая в системе, эти организации могут видеть информацию о вас.
- Люди, использующие информацию HMIS для проведения исследований и составления отчетов для социальных служб, которые занимаются улучшением жилищных условий бездомных и другими вопросами. К таким относится Департамент социального обеспечения штата Миннесота (DHS). Ваша личная информация **ни в коем случае** не будет указана в исследовательских отчетах.
- Согласно закону, мы должны сообщать о случаях физического или сексуального насилия над детьми и слабовозраженными совершеннолетними лицами. Если у нас есть основания полагать, что в вашей семье присутствует насилие или пренебрежение обязательствами, мы будем вынуждены сообщить об этом в службу защиты детей или совершеннолетних лиц.
- Мы можем опубликовать вашу информацию для защиты вашего здоровья и безопасности, а также здоровья и безопасности других лиц в соответствии с требованиями закона.
- Другие лица, согласно закону, в том числе должностные лица, ордер или постановление суда.

Мы не позволим использовать вашу информацию в других целях без вашего предварительного разрешения в письменном виде.

### Как мы защищаем вашу конфиденциальность?

- Все пользователи данных подписывают соглашение о защите вашей конфиденциальности и соблюдении федеральных законов и политики, а также законов и политики штата, прежде чем получить доступ к самой информации.
- Компьютерная программа, используемая для этой цели, имеет стандартные протоколы безопасности и регулярно обновляется для того, чтобы соответствовать требованиям безопасности.

### Какие права у вас есть?

- Если вы не хотите, чтобы ваше имя, номер социального страхования или дата рождения были внесены в HMIS, сообщите об этом нашему сотруднику. Агентство не откажется помочь вам. Однако, согласно федеральным

законам и законам штата, сбор ограниченных данных может понадобиться в целях финансирования другие лица, согласно закону, в том числе должностные лица, имеющие ордер или постановление суда.

- Вы имеете право запрашивать копию информации о вас, которая содержится в HMIS штата Миннесота.
- Вы имеете право исправлять ошибки в информации в HMIS о вас.
- Если у вас есть основания полагать, что агентство или HMIS штата Миннесота нарушили ваши права на неприкосновенность частной жизни, вы имеете право подать жалобу или апелляцию. Обратитесь к сотруднику, чтобы подать жалобу или апелляцию.

## Разрешение на передачу информации HMIS штата Миннесота

Для: \_\_\_\_\_  
Введите имя, среднее имя и фамилию (Форма заполняется для каждого совершеннолетнего лица) \_\_\_\_\_  
Дата рождения

Ваша личная информация будет собрана HMIS штата Миннесота. В случае получения вашего согласия, другие поставщики услуг/агентства по работе с бездомными также получают доступ к вашим данным. Если вы не разрешаете этому агентству передавать информацию о вас третьим лицам, ни одно другое агентство в сети не получит к ней доступа.

### Зачем передавать информацию?

- Передача информации сокращает время, затрачиваемое на ответы на основные вопросы о вашей ситуации.
- Передача информации позволяет агентствам быстрее сосредоточиться на удовлетворении конкретно ваших потребностей.
- Передача информации позволяет нескольким учреждениям заниматься вопросом вашего проживания, а также другими вопросами, касающимися вас и вашей семьи.

### Какие из нижеприведенных пунктов вашей информации могут быть переданы третьим лицам?

- Информация о семье/домашнем хозяйстве
- Имя, дата рождения, номер социального страхования
- Пол, раса, этническая принадлежность
- Причины обращения в службу
- Жилищная ситуация и история проживания
- Услуги, которые вы получаете
- Информация о том, бездомны вы или нет
- Ваш доход и его источники
- Пособия по социальному обеспечению, которые вы получаете
- История бытового насилия
- Образование
- Информация о занятости
- Военная история
- Информация о здоровье, включая физическое здоровье, ВИЧ, психическое здоровье
- Судимость
- Другая справочная информация для определения приемлемости программы

Пожалуйста, отметьте необходимый пункт (✓):

**РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ:** Я согласен, чтобы информация, собранная обо мне, предоставлялась через HMIS штата Миннесота другим партнерским агентствам в целях улучшения услуг, оказываемых мне и другим людям.

**НЕ РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ:** Я не хочу, чтобы **какая-либо** информация обо мне в HMIS штата Миннесота предоставлялась другим поставщикам услуг/агентствам по работе с бездомными. Я осознаю, что отказ от предоставления моих данных третьим лицам может помешать службам быстро и надлежащим образом определить мои потребности.

**Подписывая эту форму, вы подтверждаете, что понимаете следующее:**

- Мы **не откажем** вам в помощи, если вы не хотите, чтобы мы передавали вашу личную информацию третьим лицам. В то же время передача данных не гарантирует, что вы получите помощь.
- Если вы разрешаете нам передавать вашу информацию третьим лицам, это согласие будет иметь силу, пока вы не аннулируете его.
- В случае если вы передумали давать нам разрешение передавать вашу информацию третьим лицам, вы можете аннулировать свое согласие в любое время. Ваша информация не будет передаваться третьим лицам с дня аннулирования вашего согласия, данного ранее.

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ОПЕКУНА      ДАТА

\_\_\_\_\_  
Подпись свидетеля агентства      Дата

То же самое применимо к личной информации о моих детях в возрасте до 17 лет.