

## Aviso de privacidad de datos del HMIS de Minnesota

Recopilamos información personal sobre las personas que atendemos en un sistema informático llamado HMIS de Minnesota (Sistema administrativo de información de personas sin hogar). Muchas agencias de servicios sociales utilizan este sistema informático, el cual incluye difusión en las calles, refugios y programas de viviendas.

### ¿Por qué recopilamos esta información?

- Para ayudar a mantener este y otros programas similares. Estamos obligados a usar el HMIS.
- De esa manera sabemos cuántas y el tipo de personas que servimos en nuestra agencia y a nivel estatal.
- De esa manera, todos entendemos las necesidades de las personas y podemos planear servicios para satisfacer las mismas.

### ¿Quién puede ver la información que está en el HMIS de Minnesota?

- Personas que trabajan para esta agencia la usarán con el fin de ayudar a proveer servicios para usted o para su familia.
- Otras agencias como esta agencia que brindan servicios y han recibido su permiso para ver su información. Las agencias que participan en el HMIS de Minnesota pueden cambiar de vez en cuando. Una copia de la lista actual de agencias participantes está disponible a petición.
- Auditores o financiadores que tienen los derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. y otras entidades del gobierno estatal o local.
- Personas que usan la información del HMIS para investigar y redactar reportes con el fin de informar y mejorar la vivienda, los servicios para personas sin hogar y otros servicios sociales, incluidos, entre otros, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS). Su información de identificación personal **nunca** aparecerá en los reportes de investigación.
- La ley indica que tenemos que reportar abuso físico o sexual a niños y adultos vulnerables. Si creemos que hay abuso o negligencia en su hogar, lo denunciaremos a Protección de Menores o Adultos.
- Podemos divulgar su información para proteger su salud o su seguridad, tal como lo exige la ley.
- Otros según lo exija la ley, incluidos los funcionarios con una citación, autorización u orden judicial.

No divulgaremos su información para ningún otro uso a menos que nos autorice por escrito.

### ¿Cómo se protege su privacidad?

- Antes de ver cualquier información, todos los usuarios de datos deben firmar un acuerdo para proteger su privacidad y cumplir con las leyes y políticas estatales y federales.
- El programa de sistemas usado para este propósito tiene protocolos de seguridad estándar de la industria y se actualiza regularmente para cumplir con dichos requisitos de seguridad.

### ¿Cuáles son sus derechos?

- **Si no desea ingresar su nombre, número de seguro social o fecha de nacimiento en el HMIS, infórmeselo al trabajador de admisiones.** Esta agencia **no** se negará a ayudarlo por rehusarse. Sin embargo, las regulaciones federales y estatales pueden requerir una recopilación de datos limitada para fines de financiación.
- Usted tiene el derecho a solicitar una copia de la información acerca de usted al HMIS de Minnesota.
- Usted tiene el derecho de corregir errores acerca de usted en la información del HMIS.

- Si considera que esta agencia o el HMIS de Minnesota violaron sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a presentar una queja o apelar. Solicite a un miembro del personal un formulario de queja y apelación.

## Divulgación de Información del HMIS de Minnesota

Para: \_\_\_\_\_

En letra de imprenta, nombre, segundo nombre y apellido (complete un formulario por cada adulto)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Su información personal se recopilará en el HMIS de Minnesota y, con su consentimiento, se compartirá con otros proveedores de servicios/agencias para personas sin hogar. Si no autoriza a esta agencia para compartir su información, ninguna otra agencia de la red tendrá acceso a la misma.

### ¿Por qué compartir su información?

- Compartir la información reduce la cantidad de tiempo que debe dedicar a responder preguntas básicas sobre su situación.
- Compartir la información permite a las agencias enfocarse en satisfacer sus necesidades únicas de manera más eficiente.
- Compartir la información hace que sea más fácil para múltiples agencias coordinar viviendas y servicios para usted y su familia.

### ¿Qué información puede ser compartida? Información que se incluye, pero no limitada a:

- |  |   |
|--|---|
| • Información de familia/hogar                         | • Beneficios públicos que recibe  |
| • Nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social | • Historial de violencia doméstica  |
| • Sexo, raza, etnia                                    | • Datos de educación  |
| • Motivos por los cuales busca servicios               | • Información de empleo   |
| • Situación de vivienda e historial de vivienda        | • Historia militar  |
| • Servicios que recibe                                 | • Información de salud, incluida salud física, VIH y salud conductual           |
| • Si es una persona sin hogar o no                     | • Historia criminal   |
| • Sus ingresos y fuentes de ingresos                   | • Otra información de antecedentes para determinar la elegibilidad del programa |

### Marque (✓) una casilla:

- COMPARTIR:** Otorgo mi consentimiento para que la información recopilada acerca de mí, se comparta a través del HMIS de Minnesota con otras agencias asociadas, con el fin de mejorar los servicios que se me ofrecen a mí y a los demás.
- NO COMPARTIR:** No deseo que **ninguna** información acerca de mí en el HMIS de Minnesota sea compartida con ningún otro proveedor de servicios/agencias para personas sin hogar. Entiendo que no compartir mi información puede afectar la capacidad de identificar servicios de manera rápida y adecuada para mí.

### Al firmar este formulario, está afirmando que comprende lo siguiente.

- **No** le negaremos ayuda si no desea que compartamos su información personal. Al mismo tiempo, compartir datos no garantiza que recibirá asistencia.

- Si nos permite compartir su información, este consentimiento será válido hasta que usted lo cancele.
- Si nos permite compartir su información, usted puede cambiar de opinión y cancelar este consentimiento en cualquier momento. Si cancela este consentimiento, su información ya no se compartirá a partir de esa fecha.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL CLIENTE O TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo de la agencia**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Sírvase tratar la información sobre mis hijos de 17 años o menores igual que la mía.**

**Consentimiento verbal obtenido por teléfono (Firma del personal de la agencia):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_