



Інформаційна Система Управління Небраски

Оприлюднення Інформації Клієнта

Інформаційна Система Управління Небраски (NMIS) управляє базою даних інформації про послуги, бездомним, для поліпшення координації послуг для бездомних або тих, що знаходяться під загрозою бездомності, для кращого розуміння бездомності, поліпшення надання послуг та оцінки ефективності наданих послуг. Участь у зборі даних є найважливішим компонентом для здатності нашої громади, щодо провадження максимально ефективних послуг та житла. Зібрана інформація захищена обмеженням доступом до бази даних та обмеженням інформації для можливого спільного доступу.

Інформація для збору та спільного доступу може включати:

- Ім'я, дата народження, стать, раса, походження, номер соціального страхування, контактна інформація, місцезнаходження, попередня адреса інвалідності, військовий статус, побутове насильство, фото (за наявності)
- склад сім'ї, доходи, безготівкові виплати, історія бездомності, інформація про житло, страхування здоров'я
- вхід і вихід з програми, оцінки, надані послуги

Підписанням цієї форми, я уповноважую Установи -Учасниці та їх представників ділитися основною інформацією моєю та членів моєї сім'ї перелічених нижче.

Я розумію що:

- Моя інформація буде передаватися з метою оцінки моїх потреб у житлі, комунальних послугах, продуктів, консультуванні та/або інших послугах.
- Кожна особа і кожне агенство які уповноважені читати або вносити інформацію в систему підписали угоду про збереження безпеки і конфіденційності інформації. Я маю право ознайомитися з правилами конфіденційності якими користуються учасники NMIS та побачити список Агенств Учасників перед підписанням цієї форми.
- Доступ та обмін даних NMIS відповідають федеральним, державним та місцевим нормам. Моя інформація не може розголошуватися без моєї письмової згоди за винятками, якщо такі існують, які надані іншими законами.
- Інспектори або спонсори які мають право на перевірку роботи цього агенства, включаючи U.S. Department of Housing and Urban Development та Nebraska Department of Health and Human Services Homeless Assistance Program можуть побачити мої повні файли якщо послуги фінансуються їхньою організацією.
- Підписання цього Оприлюднення інформації не гарантує що я отримаю допомогу.
- Відмова на дозвіл обміну моєї інформації не позбавляє мене на отримання допомоги.
- Це оприлюднення дійсно на протязі одного року від дня підписання якщо не зазначено інакше*
- Я можу відкликати свою згоду в будь-який час. Цей дозвіл діятиме до тих пір, доки я не відкликую його в письмовій формі. Якщо дозвіл відкликано вся моя існуюча інформація залишається в базі даних.

ОПРИЛЮДНЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ КЛІЄНТА

____ **Так, я згоден ділитися моєю NMIS інформацією.**

* Термін Придатності(якщо інше ніж 1 рік) ____

____ **Ні, я не погоджуюсь ділитися моєю NMIS інформацією. Тільки наше агенство може бачити мою інформацію.**

Ім'я Клієнта Друкованими

Підпис клієнта

Дата

Підпис Опікуна або Уповноваженого Представника (якщо треба) Відносини до клієнта

Дата

Ім'я Робітника Агенства Друкованими

Дата

Це Оприлюднення також стосується нижче вказаних дітей на утриманні в сім'ї віком від 18 і молодше:

Ім'я	Прізвище	Дата народження	Ім'я	Прізвище	Дата народження
------	----------	-----------------	------	----------	-----------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------