



# Sistema de Administración de Información de Nebraska

## Permiso para Compartir Información del Cliente

El Sistema de Administración de Información de Nebraska (NMIS, por sus siglas en inglés) administra una base de datos de información de servicios para personas sin hogar, con el fin de mejorar la coordinación de los servicios que apoyan a las personas sin hogar o están en riesgo de quedarse sin hogar y para comprender mejor la falta de vivienda, mejorar la entrega de servicios y evaluar la eficacia de los servicios brindados. La participación en la recopilación de datos es un componente crítico de la capacidad de nuestra comunidad para brindar los servicios y la vivienda más efectivos posibles. La información que se recopila se protege limitando el acceso a la base de datos y limitando la información que se puede compartir.

### La información que se recopilará y compartirá puede incluir:

- nombre, fecha de nacimiento, género, raza, etnia, número de seguro social, información de contacto, ubicación, domicilio anterior
- condición que causa discapacidad, estado de veterano, violencia doméstica, foto (si fuese aplicable)
- composición familiar, ingresos, beneficios no monetarios, historial de no tener hogar, información de vivienda, seguro médico
- entrada y salida del programa, evaluaciones, servicios brindados

**Al firmar este formulario, autorizo a las agencias participantes y a sus representantes a compartir información básica listada a continuación sobre mí y sobre los miembros de mi familia.**

### Entiendo que:

- Mi información será compartida con el fin de evaluar mis necesidades de vivienda, asistencia con los servicios públicos, alimentos, consejería y/u otros servicios.
- Toda persona y toda agencia que esté autorizada para leer o ingresar información al sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizadas por las agencias participantes de NMIS y a ver una lista de las agencias participantes antes de firmar este formulario.
- El acceso y el intercambio de datos de NMIS cumplen con las regulaciones federales, estatales y locales que protegen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos.
- Los auditores o financiadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluyendo el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos y el Programa de Asistencia para Personas sin Hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska pueden ver mi archivo completo si los servicios recibidos son financiados por su organización.
- Firmar este permiso para compartir información no garantiza que recibiré asistencia.
- La negativa a autorizar que se comparta mi información no me descalifica para recibir asistencia.
- Este permiso para compartir información es válido por un año a partir de la fecha de mi firma en la parte de abajo, a menos que se indique lo contrario\*.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Si revoco mi autorización, toda la información sobre mí que ya esté en la base de datos permanecerá ahí.

### PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

**Sí, acepto compartir mi información de NMIS.**

\*Fecha de vencimiento (si es diferente a 1 año) \_\_\_\_\_

**No, yo no acepto compartir mi información de NMIS. Solo nuestra agencia verá su información de participación en el programa.**

Nombre del cliente en letra de imprenta

Firma del cliente

Fecha

Firma del tutor o representante autorizado (cuando se requiera)

Relación con el cliente

Fecha

Nombre Impreso del Empleado de la Agencia

Fecha

**Este permiso para compartir información también se aplica a los siguientes hijos dependientes en el hogar que tienen 18 años de edad o menos:**

Primer Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Primer Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_