Por medio de la presente me excluyo y/o revoco el permiso para que [Nombre de la agencia] comparta mi información personal y de mi hogar con otras agencias en el Sistema de manejo de la información de personas sin hogar del Condado de DuPage (HMIS, por sus siglas en inglés).

Sin embargo, toda la información que proporcione se mantendrá en el HMIS para los propósitos que se indican en la Notificación de privacidad. Esta información será accesible para los administradores del sistema HMIS y todavía se puede divulgar de conformidad con la Notificación de Privacidad.

La información que ya se encuentra en el sistema de la base de datos se continuará compartiendo con otras agencias.

Miembros de este hogar cuya información no se debe compartir.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | Número de HMIS |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cliente o tutor Firma del cliente o tutor Fecha

Debe llenarlo la Agencia:

\_\_\_ Certifico que seguí los pasos necesarios para asegurarme de que el perfil de HMIS del cliente se configuró de forma adecuada

O

\_\_\_ Me puse en contacto con el Servicio de Asistencia de HMIS del Condado de DuPage, para solicitar que se configure el perfil de HMIS del cliente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del personal Firma Fecha