## **Comunicación sobre el Aviso de privacidad de [Agency]**

**[This Agency]** tiene la obligación de contar con un *Aviso de privacidad*. Dicho documento describe la información que recopilamos, cómo la administramos y cuáles son sus derechos y decisiones en relación con ella.

**[This Agency]** forma parte de un Sistema de Gestión de la Información de Personas sin Hogar (HMIS) junto con muchas otras agencias. A menos que usted solicite y firme el *Formulario de rechazo de divulgación de datos*, se compartirá gran parte de su información con estas agencias para los fines detallados en el *Aviso de privacidad*. En este mismo documento, se detalla también la información que se comparte.

Si desea obtener una copia del *Aviso de privacidad* o solicitar que no se comparta su información en el HMIS, deberá formular un pedido.

Negarse a firmar este acuse de recibo no evitará que usemos o divulguemos su información. Para evitar que se divulgue su información en el HMIS, deberá completar el formulario de *Solicitud para que no se divulgue mi información en el HMIS*. Dejaremos registrado que se negó a firmar este documento y que recibió el *Aviso de privacidad*.

Revisé la información detallada anteriormente y confirmo lo siguiente:

* Que me ofrecieron una copia del *Aviso de privacidad* de [This Agency].
* Que revisé el *Aviso de privacidad* proporcionado por [This Agency]. Que me dieron la opción de que alguien me lea este documento y el *Aviso de privacidad*.
* Que tuve la oportunidad de formular preguntas sobre el *Aviso de privacidad* de [This Agency] y sobre cómo se compartirá mi información y la de mi familia con otras agencias que participan en el HMIS.
* Que me informaron sobre mis derechos, incluidos mis derechos a no compartir mi información en el HMIS.
* Comprendo que no se me pueden negar los servicios si decido no compartir mi información en el HMIS.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente o de su tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Firma del cliente o de su tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |