

佐治亚州流浪人员信息管理系统 (GA HMIS) 协作机构 客户撤销共享信息同意书

本人特此撤销同意佐治亚州流浪人员管理信息系统 (GA HMIS) 的参与机构共享在 GA HMIS 系统中有关本人和本人家庭的相关信息。签署此表格后, 若非征得本人同意, 任何机构不得获取和分享我的个人信息。我已知悉这份撤销声明将不会影响已公开的个人信息, 也不会删除已收集到的关于我个人的以往信息记录。

签字并确认

下列签名表示您已阅读 (或他人向本人读出) 了本表格并且已获得相关疑问的答复。

客户/法定监护人姓名 (请使用印刷体): _____

出生日期: _____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

签名 _____ 日期 _____

未成年子女 (若有):

客户姓名: _____ 出生日期: _____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

客户姓名: _____ 出生日期: _____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

客户姓名: _____ 出生日期: _____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

For Agency Personnel Use Only (仅限机构内部使用):

Print Name of Organization

Print Name of Organization Staff

Signature of Organization Staff

Date

佐治亚州流浪人员信息管理系统（GA HMIS）协作机构 客户共享信息同意书

佐治亚州流浪人员信息管理系统（简称“GA HMIS”）是一个在线的数据库，专门用于收集佐治亚州所有需要住房和流浪人员服务的客户的信息（数据）。获取美国住房和城市发展部（HUD）下发的流浪人员资金的组织机构和其他联邦政府和州合作伙伴都需要收集和储存获得该服务的人员的基本信息。本组织是 GA HMIS 的参与机构。在您向这些组织提交申请和享受服务时，您都需要同意将您的个人信息提交至 GA HMIS。该信息将被用于鉴定您的需求并为您和您的家庭提供相应的支持服务。基于您所签署的同意书，您的个人信息会被共享给使用该数据库的其他组织。

HMIS 中哪些类型的个人信息会被共享？

我们会收集您个人的一般性信息和受保护的私人信息并保存至 GA HMIS。HMIS 上个人信息的共享程度将视您的个人情况而定，包括但不限于：

- 您的基础身份信息（包括姓名、社会安全号码、出生日期、性别、种族、婚姻状况、家庭状况、家庭成员关系、联系方式、服役状况以及残疾状况）；
- 您的流浪和住房历史（包括您当前的住房状况、当前和/或早前的生活境遇、您是在何时何地接受了服务）；
- 您的收入信息（家庭的收入来源和金额、就业信息和工作技能）和其他资源，如非现金或公共收益；
- 您个人的犯罪记录/信息；
- 您一般性的、个人呈报的病史，包括精神健康状态、滥用药物问题或 HIV 病史（但是，我们绝对不会共享具体的治疗细节信息），健康保险的类型；
- 您申请服务的原因、您的服务需求以及服务可以为您带来的效果；
- 您的紧急联络信息；
- 特定项目审核所需的其他信息（如服役记录、教育背景、就业背景、性取向等）

共享个人信息能为您带来哪些帮助？

您提供至 GA HMIS 的个人信息将有助于与我们为您和/或您的家人提供更为高效的服务。通过共享个人信息，您就可以避免接受多次的筛选审核，更加便捷地获得更为周到的服务，您也不必多次复述您的“经历”。通过收集这些信息，我们同样可以更好地了解到您当地的人员流浪情况以及我们的服务所获得的收效。

哪些人有权限获取您的个人信息？

GA HMIS 的参与组织仅在必要的时候才有权获取您的个人数据。参与组织可能包括流浪服务提供商、其他社会服务组织、住宿提供商、医疗机构和系统管理人员。在按照法律要求、基于研究目的等其它特殊情况下，可能向 GA HMIS 非参与机构共享您的个人信息（但绝不会向公众披露）。想要获取更多信息，请索取一份我们隐私政策副本。

我们如何保护您的个人信息？

在 HMIS 中，我们设有密码来保护您的个人信息，并采用了加密传输技术。此外，每个参与组织和系统用户必须签署一份协议以确保个人信息的安全性和机密性。我们采用联邦 HMIS 隐私政策标准来保护您的个人信息。在某些情况下，根据参与组织所提供的具体服务，您的个人信息同样受到联邦和/或州法规的额外保护，信息被公开前都需要额外征得您的书面同意。

签署本表格即表示您已知悉：

- 即便您不同意共享您的个人信息，您也有权享受服务。
- 同意共享您的个人信息并不能确保您即可享受该服务。
- 您有权获得本同意书的副本。
- 签署本同意书后，参与组织可以在不与您进行沟通且无需您再次签署其它同意书的情况下更新您的个人信息。
- 您的同意书不会失效，但是可以通过填写 客户撤销共享信息同意书，随时取消该同意书。您已知悉取消该同意书并不会改变已公开的信息或按照您之前授权已开展的工作。
- 关于您个人信息的使用和披露详情，请参见 GA HMIS 隐私政策。
- 根据您的需求，我们需要视情况为您提供：

- 一份客户撤销共享信息同意书的副本；
 - 一份 GA HMIS 隐私政策的副本；
 - 应您要求在五（5）天内提供一份包含您完整 HMIS 记录的副本（除案例记录以外）；
 - 一份当前共享您个人数据权限的参与机构的名单。
- 如果您发现记录中受保护的个人信息存在不准确或不完整的地方，您有权要求进行修改。
 - HMIS 所共享至外部的汇总或统计性数据中将不会披露您受保护的个人信息。
 - 您有权向任何您觉得滥用了您个人隐私信息的机构提出申诉。
 - 如果需要转至另外一个机构为您提供服务，相关信息将由 HMIS 转送以确保顺利转接。如果您不同意共享个人信息，这将负面影响参与组织顺利地为您提供服务。
 - 您并未放弃任何受联邦和/或佐治亚州法律保护的权利。

签字并确认

下列签名表示您已阅读（或他人向您读出）了本用户同意书并且已获得相关疑问的答复。请从以下选项中选择一项，说明您的共享偏好：

- 我允许按照本同意书之说明，通过 GA HMIS 共享我和我未成年子女（如果有的话，请在下方列出）的个人信息。
- 我允许通过 GA HMIS 按照本同意书之说明，共享我和我未成年子女（如果有的话，请在下方列出）的基本个人信息；但是，我希望限制共享《客户共享信息同意书——附表》所列的其它个人信息。
- 我不允许通过 GA HMIS 共享我的个人信息。我已知悉该选择可能会在负面影响到参与组织顺利地提供服务。

客户/法定监护人姓名（请使用印刷体）： _____

出生日期：_____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

签名 _____ 日期 _____

未成年子女（若有）：

客户姓名：_____ 出生日期：_____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

客户姓名：_____ 出生日期：_____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

客户姓名：_____ 出生日期：_____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

For Agency Personnel Use Only (仅限机构内部使用)：

Print Name of Organization

Print Name of Organization Staff

Signature of Organization Staff

Date

佐治亚州流浪人员信息管理系统 (GA HMIS) 协作机构
客户共享信息同意书——附表

说明：

如果您选择了客户个人信息共享同意书中附带限制条件的选项，请填写该附表以记录您对于同意共享附加的限制。如果您是代表您未成年的子女填写改表格，请每名子女填写一份单独的《客户个人信息共享同意书》附表。

客户姓名：_____ 出生日期：_____ 社会安全号码最后 4 位数字 _____

签名 _____ 日期 _____

组织限制

请从以下选项中选择一项，然后列出机构名称（负责处理您案例的工作人员会为您提供一份机构名称列表）。

我希望限制以下机构，通过 GA HMIS 共享我的个人信息：

除以下情况外，我希望所有参与机构通过 GA HMIS 共享我的个人信息：

数据限制

请从以下选项中选择一项，然后列出适用的信息（负责处理您案例的工作人员可协助您决定哪些信息可能适用）。

在以下情况下，我希望限制通过 GA HMIS 共享我的个人信息：

除以下情况外，我不限制通过 GA HMIS 共享我的个人信息：
