

**Chương Trình Hợp Tác về Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư Tiểu  
Bang Georgia (GA HMIS)  
Thân Chủ Hủy Bỏ Đồng Ý cho Chia Sẻ Thông Tin**

---

Theo đây tôi hủy bỏ sự đồng ý cho các tổ chức tham gia GA HMIS chia sẻ thông tin nhập vào hệ thống GA HMIS về tôi và gia đình tôi. Khi ký giấy hủy bỏ này, tôi hiểu rằng các cơ quan sẽ không thể tiếp cận và chia sẻ thông tin của tôi, trừ khi sau này tôi lại đồng ý. Tôi cũng còn hiểu thêm rằng sự hủy bỏ này sẽ không ảnh hưởng đến những lần đã tiết lộ thông tin, và sẽ không làm cho các thông tin từng thu thập về tôi bị hủy bỏ.

**CHỮ KÝ VÀ XÁC NHẬN**

Khi ký tên ở dưới quý vị xác nhận đã đọc (hoặc đã được đọc cho nghe) giấy hủy bỏ này và các thắc mắc của quý vị đã được giải đáp.

**Tên của Thân Chủ/ Người Giám Hộ Hợp Pháp (Vui lòng viết bằng chữ in):** \_\_\_\_\_

Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_ Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Trẻ Vị Thành Niên (nếu có):**

Tên Thân Chủ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Tên Thân Chủ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Tên Thân Chủ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

*For Agency Personnel Use Only (Chỉ dành cho Nhân Viên Cơ Quan Sử Dụng):*

\_\_\_\_\_  
**Print Name of Organization**

\_\_\_\_\_  
**Print Name of Organization Staff**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Organization Staff**

\_\_\_\_\_  
**Date**

# Chương Trình Hợp Tác về Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư Tiểu Bang Georgia (GA HMIS) - Thân Chủ Đồng Ý cho Chia Sẻ Thông Tin

---

Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư Tiểu Bang Georgia ("GA HMS") là một cơ sở dữ liệu trực tuyến, được sử dụng để thu thập thông tin (dữ liệu) về các thân chủ sử dụng dịch vụ gia cư và dịch vụ trợ giúp người vô gia cư trên toàn Tiểu Bang Georgia. Các tổ chức nhận ngân quỹ trợ giúp người vô gia cư từ Cơ Quan Gia Cư và Phát Triển Đô Thị Hoa Kỳ (HUD) và các cơ quan đối tác liên bang và tiểu bang khác cần phải thu thập và lưu trữ thông tin căn bản về những người nhận các dịch vụ của họ. Tổ chức này tham gia GA HMIS nên khi yêu cầu cũng như chấp nhận các dịch vụ từ tổ chức này, quý vị đồng ý cho nhập thông tin cá nhân của quý vị vào hệ thống GA HMIS. Thông tin này được sử dụng để xác định nhu cầu của quý vị và cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho quý vị cũng như hộ gia đình quý vị. Thông tin cũng được chia sẻ với các tổ chức khác sử dụng cơ sở dữ liệu này, dựa trên văn bản đồng ý có chữ ký của quý vị.

Dạng thông tin nào có thể được chia sẻ trong hệ thống HMIS?

Chúng tôi thu thập thông tin thông thường và Thông Tin Cá Nhân Được Bảo Vệ về quý vị và lưu thông tin đó vào hệ thống GA HMIS. Thông tin được chia sẻ qua HMIS sẽ tùy thuộc vào hoàn cảnh của quý vị, và có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Thông tin nhận dạng cơ bản của quý vị (bao gồm tên, Số An Sinh Xã Hội, ngày tháng năm sinh, giới tính, sắc tộc/chủng tộc, tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh gia đình, các mối quan hệ trong gia đình, thông tin liên hệ, diện cựu chiến binh, diện tàn tật);
- Quá trình sử dụng gia cư và vô gia cư của quý vị (kể cả tình hình gia cư hiện tại của quý vị, hoàn cảnh sống hiện tại và/hoặc trước đây và địa điểm cũng như thời điểm quý vị sử dụng các dịch vụ);
- Thông tin về thu nhập của quý vị (các nguồn thu nhập và số tiền thu nhập của hộ gia đình, thông tin về việc làm, các kỹ năng làm việc) và các nguồn trợ giúp khác, chẳng hạn như phúc lợi công cộng hoặc trợ cấp không phải tiền mặt;
- Quá trình liên quan đến pháp luật/thông tin pháp lý của quý vị;
- Bệnh sử tổng quát do quý vị tự báo cáo, bao gồm bất kỳ vấn đề gì về sức khỏe tâm thần và nghiện rượu/ma túy hoặc hoàn cảnh nhiễm HIV (tuy nhiên, thông tin y tế hoặc thông tin điều trị chi tiết sẽ không bao giờ được chia sẻ), và dạng bảo hiểm sức khỏe;
- Lý do quý vị muốn có dịch vụ, nhu cầu cần dịch vụ của quý vị, và các dịch vụ cung cấp hữu ích cho quý vị như thế nào;
- Thông tin liên hệ trong trường hợp khẩn cấp của quý vị;
- Thông tin khác cần thiết để hội đủ điều kiện nhận một số dạng dự án (chẳng hạn như quá trình tham gia quân ngũ, trình độ học vấn, quá trình làm việc, xu hướng tình dục, v.v...)

Việc chia sẻ thông tin có lợi cho quý vị như thế nào?

Thông tin mà quý vị cung cấp cho GA HMIS giúp chúng tôi điều phối các dịch vụ hiệu quả nhất cho quý vị và/hoặc gia đình quý vị. Khi chia sẻ thông tin của quý vị, quý vị có thể tránh bị sàng lọc xác minh hồ sơ hơn một lần, có được các dịch vụ nhanh chóng và phù hợp với nhu cầu hơn, và tránh phải kể đi kể lại về "hoàn cảnh" của quý vị. Việc thu thập thông tin này cũng giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về tình trạng vô gia cư ở khu vực địa phương của quý vị cũng như hiệu quả của các dịch vụ cung cấp cho khu vực của quý vị.

Ai có thể tiếp cận thông tin của quý vị?

Các tổ chức tham gia hệ thống GA HMIS có thể tiếp cận dữ liệu của quý vị khi cần biết. Các tổ chức này có thể bao gồm các cơ sở cung cấp dịch vụ trợ giúp người vô gia cư, các tổ chức dịch vụ xã hội khác, các tổ chức cung cấp gia cư, các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các nhân viên quản trị hệ thống này. Trong các trường hợp hiếm gặp khác, chẳng hạn như khi luật pháp yêu cầu, hoặc vì mục đích nghiên cứu, thông tin của quý vị có thể được chia sẻ bên ngoài các tổ chức tham gia GA HMIS (tuy nhiên không bao giờ được chia sẻ cho công chúng). Để biết thêm thông tin, vui lòng yêu cầu một bản sao chính sách bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi.

Thông tin cá nhân của quý vị được bảo vệ như thế nào?

Thông tin của quý vị trong hệ thống HMIS được bảo vệ bằng mật khẩu và công nghệ truyền dữ liệu được mã hóa. Ngoài ra, mỗi tổ chức tham gia và mỗi người sử dụng hệ thống đều phải ký và đồng ý giữ kín và bảo mật thông tin. Thông tin của quý vị được bảo vệ theo các Tiêu Chuẩn Bảo Vệ Quyền Riêng Tư HMIS của liên bang. Trong một số trường hợp, tùy thuộc vào các dịch vụ mà một tổ chức tham gia cung cấp, thông tin của quý vị cũng có thể được bảo vệ bởi các quy chế của Liên Bang và/hoặc Tiểu Bang, trong đó có thể yêu cầu phải có thêm văn bản đồng ý trước khi tiết lộ thông tin.

Khi ký mẫu chấp thuận này, quý vị hiểu rằng:

- Quý vị có quyền nhận dịch vụ ngay cả khi quý vị không đồng ý cho chia sẻ thông tin của quý vị.
- Việc đồng ý cho chia sẻ thông tin không đương nhiên bảo đảm là quý vị sẽ được nhận các dịch vụ.
- Quý vị có quyền nhận được một bản sao của mẫu chấp thuận này.
- Nếu quý vị chấp thuận, hồ sơ của quý vị sẽ được cập nhật bởi bất kỳ tổ chức tham gia nào mà quý vị tiếp xúc, và quý vị không cần phải ký giấy chấp thuận khác.
- Sự chấp thuận của quý vị không hết hạn, tuy nhiên quý vị có thể hủy bỏ sự chấp thuận vào bất cứ lúc nào bằng cách điền mẫu đơn Thân Chủ Hủy Bỏ Chấp Thuận Cho Chia Sẻ Thông Tin. Ngoài ra, quý vị hiểu rằng việc hủy bỏ sự chấp thuận này sẽ không làm thay đổi những thông tin đã được tiết lộ hoặc những việc đã làm theo sự cho phép trước đây của quý vị.
- Chính Sách Bảo Vệ Quyền Riêng tư GA HMIS có thông tin chi tiết hơn về cách thức thông tin của quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ.
- Nếu quý vị yêu cầu, chúng tôi cần phải cung cấp cho quý vị những tài liệu sau đây, nếu thích hợp:
  - \_ Một bản sao giấy Thân Chủ Hủy Bỏ Chấp Thuận Cho Tiết Lộ Thông Tin;
  - \_ Một bản sao Chính Sách Bảo Vệ Quyền Riêng Tư GA HMIS;
  - \_ Một bản sao hồ sơ HMIS đầy đủ của quý vị (ngoài ghi chép hồ sơ) trong vòng năm (5) ngày làm việc kể từ khi quý vị yêu cầu;
  - \_ Danh sách mới nhất các tổ chức tham gia có thể tiếp cận dữ liệu của quý vị.
- Nếu quý vị thấy trong hồ sơ của quý vị có Thông Tin Cá Nhân Kín Đáo không chính xác hoặc không đầy đủ, quý vị có quyền yêu cầu hiệu chỉnh.
- Dữ liệu tổng hợp hoặc dữ liệu thống kê được chia sẻ từ HMIS sẽ không tiết lộ bất kỳ Thông Tin Cá Nhân Kín Đáo nào của quý vị.
- Quý vị có quyền khiếu nại bất kỳ tổ chức nào mà quý vị cho rằng đã vi phạm quyền bảo mật thông tin của quý vị.
- Nếu quý vị cần được giới thiệu tới một cơ quan khác để nhận dịch vụ, một số thông tin có thể cần phải được gửi chuyển tiếp qua HMIS để tạo điều kiện giới thiệu hồ sơ. Nếu quý vị không đồng ý cho chia sẻ thông tin của quý vị, việc đó có thể ảnh hưởng bất lợi đến các nhà cung cấp dịch vụ tham gia vì họ khó hợp tác để đáp ứng các nhu cầu dịch vụ của quý vị.
- Quý vị không từ bỏ bất kỳ quyền nào được bảo vệ theo luật Liên Bang và/hoặc luật pháp tiểu bang Georgia.

## CHỮ KÝ VÀ XÁC NHẬN

Khi ký tên ở dưới, quý vị xác nhận là quý vị đã đọc (hoặc đã được đọc cho nghe) giấy chấp thuận của thân chủ này và các thắc mắc của quý vị đã được giải đáp. Vui lòng cho biết quý vị muốn chia sẻ thông tin theo cách nào bằng cách chọn một trong các lựa chọn ở dưới:

- Tôi đồng ý cho phép chia sẻ thông tin của tôi, và thông tin của các con ở tuổi vị thành niên của tôi (nếu thích hợp, như ghi ở dưới) qua hệ thống GA HMIS như trình bày trong mẫu chấp thuận này.
- Tôi đồng ý cho phép chia sẻ thông tin nhận dạng của tôi, và thông tin nhận dạng cơ bản của các con ở tuổi vị thành niên của tôi (nếu thích hợp, như ghi ở dưới), qua hệ thống GA HMIS; tuy nhiên, tôi muốn được giới hạn việc chia sẻ thông tin khác, như trình bày rõ trong giấy Thân Chủ Chấp Thuận cho Chia Sẻ Thông Tin — Phụ bản.
- Tôi không chấp thuận cho chia sẻ thông tin của tôi qua hệ thống GA HMIS. Tôi hiểu rằng lựa chọn này có thể ảnh hưởng bất lợi đến chất lượng dịch vụ mà các nhà cung cấp dịch vụ tham gia GA HMIS có thể cung cấp.

Tên của Thân Chủ/ Người Giám Hộ Hợp Pháp (Vui lòng viết bằng chữ in): \_\_\_\_\_

Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_ Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Trẻ Vị Thành Niên (nếu có):

Tên Thân Chủ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Tên Thân Chủ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Tên Thân Chủ: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

*For Agency Personnel Use Only (Chỉ dành cho Nhân Viên Cơ Quan Sử Dụng):*

\_\_\_\_\_  
**Print Name of Organization**

\_\_\_\_\_  
**Print Name of Organization Staff**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Organization Staff**

\_\_\_\_\_  
**Date**

# Chương Trình Hợp Tác về Hệ Thống Thông Tin Quản Lý Người Vô Gia Cư Tiểu Bang Georgia (GA HMIS) - Thân Chủ Đồng Ý cho Chia Sẻ Thông Tin - Phụ bản

---

Hướng dẫn:

Nếu quý vị chọn lựa chọn đồng ý một phần/ hạn chế trong mẫu đơn Thân Chủ Đồng Ý cho Chia Sẻ Thông Tin, vui lòng sử dụng tờ phụ bản này để ghi lại các giới hạn đồng ý cho chia sẻ thông tin. Nếu quý vị điền mẫu đơn này thay mặt cho con cái ở tuổi vị thành niên của quý vị, vui lòng sử dụng một tờ phụ bản cho mỗi đứa trẻ ghi trong mẫu đơn Thân Chủ Đồng Ý cho Chia Sẻ Thông Tin.

**Tên Thân Chủ:** \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Bốn chữ số cuối cùng của Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Các giới hạn về tổ chức

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn sau đây và sau đó liệt kê các cơ quan (nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị có thể cung cấp cho quý vị danh sách các cơ quan).

Tôi chỉ cho phép chia sẻ thông tin của tôi cho các cơ quan sau đây qua GA HMIS:

---

---

Tôi cho phép chia sẻ thông tin của tôi qua GA HMIS với tất cả các cơ quan tham gia hệ thống, trừ cơ quan sau đây:

---

---

Các giới hạn về dữ liệu chia sẻ

Vui lòng chọn một trong các lựa chọn sau đây và sau đó liệt kê các thông tin thích hợp (nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị có thể giúp quý vị quyết định cho phép chia sẻ thông tin nào).

Tôi muốn hạn chế chỉ chia sẻ thông tin sau đây thông qua GA HMIS:

---

---

Tôi không muốn hạn chế chia sẻ thông tin của tôi thông qua GA HMIS, trừ các dữ liệu sau đây:

---

---