

聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「HMIS」）  
收集資料和發佈資訊之同意書

本通知描述如何使用和披露有關您的資訊，以及您可以如何獲取該資訊。請細閱本通知。

聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）是一個以保密方式收集、使用和共用與聖克拉拉郡無家可歸者有關的救助對象資訊的共用資料庫及軟體應用程式。聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統代表聖克拉拉郡關懷聯盟（「CoC」），由聖克拉拉郡（「本郡」）與Bitfocus, Inc.（「Bitfocus」）透過Clarity Human Services（「Clarity」）軟體應用程式管理。救助對象必須同意收集、使用和發佈其資訊，這有助於聖克拉拉郡關懷聯盟（「CoC」），為無家可歸者和低收入者提供優質住房和服務。

救助對象資訊在聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）中收集，被發佈給社群組織和政府機構等住房和服務提供商（個別及統稱為「合作夥伴機構」）。合作夥伴機構將聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）中的資訊用於以下目的：改善住房和服務品質；確定模式和監控長期趨勢；對某些無家可歸者和低收入人群進行需求評估並確定服務優先排序；加強機構之間的協調；以及監控和報告住房和服務的交付、影響以及品質。

透過遵照規管救助對象記錄保密性的聯邦、州和地方法規，限制對資料庫的存取權限以及限制獲發佈保密資訊的各方，來保護救助對象資訊。每個有權存取聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）或獲發佈保密資訊的人士或機構，必須簽署協議以維護救助對象資訊的安全性和保密性。一旦違反協議，存取權限可能被終止，被發現違反協議的人士或機構可能遭到進一步處罰。

**使用電子簽名簽立的協議：**本人了解和同意，本表格上的電子簽名和電子姓名首字母縮寫具有與本人使用簽名正本作出的簽署或姓名首字母縮寫同樣的效力和法律作用。本人聲明、保證和同意，不論本人以電子方式或簽名正本，本人的簽名和首字母縮寫須構成有效、可強制執行且完全有效的同意和協議。

透過簽署本表格，本人授權以下各項：

- 本人授權本郡、Bitfocus、聖克拉拉郡關懷聯盟、合作夥伴機構及其獲授權的代理和代表收集、使用和共用有關本人的基本資訊。本人明白，合作夥伴機構或隨時間變更，本人已獲提供合作夥伴機構的最新列表。本人亦明白，本人可隨時請求獲得更新列表，或登錄以下網址查看該列表：<http://scc.hmis.cc/partner-agencies.html>。

本人明白收集、使用和發佈該資訊是為評估本人對住房、諮詢服務、食品、公用事業援助或其他服務的需求。

- 在下表的一個或多個空白處簽上姓名首字母縮寫，即表示本人授權錄入聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）的資訊或記錄可包括以下特定類型的受保護個人資訊（「PPI」）及受保護健康資訊（「PHI」）。倘本人未在下表的一個或多個空白處簽署姓名首字母縮寫，則本人未授權將特定類型的資訊錄入聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統：

救助對象姓名首字母縮寫	受保護個人資訊（「PPI」）／受保護健康資訊（「PHI」）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>身份識別信息（包括：姓名、出生日期、性別、種族、族裔、社會安全號碼、電話號碼、居住地址或其他類似的身份識別信息）</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人的照片或其他肖像</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人對提出的問題所作回答（作為標準無家可歸者管理資訊系統錄入資訊的一部分）中包含的醫療資訊，以及作為聖克拉拉谷健康與醫院系統的救助對象或患者的身份</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人對提出的問題所作回答（作為標準無家可歸者管理資訊系統錄入資訊的一部分）中包含的HIV/AIDS相關資訊</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人對提出的問題所作回答（作為標準無家可歸者管理資訊系統錄入資訊的一部分）中包含的心理健康資訊，以及作為救助對象從本郡行為健康服務部獲得心理健康服務的身份</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人對提出的問題所作回答（作為標準無家可歸者管理資訊系統錄入資訊的一部分）中包含的藥物濫用治療資訊，以及作為救助對象從本郡行為健康服務部獲得藥物濫用或酒精治療的身份</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>財務和福利資訊（包括：就業狀況、收入核實、公共援助金或津貼、食品券分配、醫療保險或其他類似的財務或福利資訊）</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>住房資訊</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>與無家可歸者管理資訊系統（「HMIS」）合作夥伴機構提供的服務有關的資訊（包括：日期、持續時間和服務類型；以及其他類似的服務資訊）</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>其他（請指明）： _____</li> </ul>

- 本人授權合作夥伴機構及其獲授權代理和代表使用在聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）中收集的受保護個人資訊和受保護健康資訊，就住房和服務為本人優先排序，並轉介本人獲得住房和服務。本人進一步授權合作夥伴機構及其獲授權代理和代表就本人的專案與其他合作夥伴機構及其獲授權代理和代表進行溝通，就優先排序和安置進行協調，並確定住房和服務資格。

簽署本表格，即表示本人明白：

- 本同意書將於[插入日期]\_\_\_\_\_屆滿，倘本同意書未載明屆滿日期，則本同意無效。
- 合作夥伴代理及其獲授權代理和代表可查看照片中有關本人肖像的使用。照片可視需要裁剪或編輯。
- 合作夥伴代理及其獲授權代理和代表已各自簽署協議，以維護本人資訊的安全性和保密性。本人有權審核所有適用的保密政策和已簽署協議。
- 本人明白，本人可拒絕簽署本同意書。本人的拒絕將不會影響本人獲得福利或服務的資格，亦不會影響本人獲得治療或付款的能力。此外，同意發佈本人的資訊不保證本人將獲得服務，本人拒絕給予同意亦不會取消本人獲得服務的資格。本人有權收到本授權書的副本。
- 本人可隨時撤銷本同意書，但本人必須以書面形式作出撤銷，並將撤銷通知提交到以下地址。本同意書可因與藥物／酒精治療或心理健康治療有關的記錄而被口頭撤銷。

Bitfocus, Inc. ATTN: SCC HMIS  
5940 S. Rainbow Blvd., Ste 400 #60866  
Las Vegas, NV 89118-2507

- 倘本人撤銷本同意書，撤銷將在收到之時起生效，但其他人已依賴本同意書行事則除外。
- 本人的受保護個人資訊和受保護健康資訊受聯邦、州和當地有關救助對象記錄保密性的法規保護。未經本人書面同意，不得發佈本人的資訊，但法規另有規定則除外。

- 具有合法權利監控或審核一個或多個合作夥伴機構（包括美國住房與城市發展部）工作的審計師或資助者可在日常工作中查看本人的受保護個人資訊。
- Bitfocus擔任聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）的系統管理員和Clarity的軟體供應商。倘Bitfocus的獲授權代理和代表在聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統履行工作，則他們可在日常工作中查看本人的資訊。
- 使用聖克拉拉郡無家可歸者管理資訊系統（「SCC HMIS」）研究和撰寫報告的合作夥伴機構及其獲授權代理和代表已簽署協議，以維護救助對象資訊的安全性和保密性。
- 本人明白，醫療、HIV/AIDS、心理健康以及藥物和酒精記錄受各種聯邦和州法規（包括《加州福利與機構法典》第5328節、《醫學資訊保密法》、《加州民法典》第56.10條（CMIA）、《健康保險攜帶和責任法案》45 C.F.R.第160和164部分（「HIPAA」）以及《聯邦藥物濫用患者記錄保密條例》42 C.F.R.第2部分）的保護，未經本人書面同意，不得披露該等記錄，但法律另行允許則除外。
- 本人明確授權上述接收者進一步披露根據本同意書獲披露的本人資訊，以評估本人對住房、諮詢服務、食品、公用事業援助或其他服務的需求（作為聖克拉拉郡關懷聯盟和無家可歸者管理資訊系統工作一部分）。

[簽名見下一頁]

## 簽名

日期： \_\_\_\_\_ 時間： \_\_\_\_\_ 上午／下午

患者／救助對象或代表的簽名：

---

倘由患者／救助對象以外的其他人簽名，請指明與該人的關係：

---

正楷姓名：

---

---

以下內容僅供從本郡的行為健康服務部門接受心理健康服務的救助對象發佈資訊時填寫，  
或按照《加州福利與機構法典》第 5328 節另行概述填寫：

- 本人授權發佈所要求的資訊。
- 本人不授權發佈所要求的資訊。

獲授權心理健康工作人員的簽名：

---

姓名／職銜：

---