# የኮሎምቢያ ዲስትሪክት HMIS ሁለንተናዊ የመረጃ መልቀቂያ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| የተሳታፊ የመጨረሻ ስም፥ | የተሳታፊ የመጀመሪያ ስም፥ | የተሳታፊ የአባት ስም፥ |
| ድርጅት ግምገማን የሚያጠናቅቅ፥ | የተሳታፊ የትውልድ ቀን፥ | የተሳታፊ ማህበራዊ ዋስትና ቁጥር፥ |

ከላይ ስለተጠቀሰው ግለሰብ የተጠበቁ የጤና መረጃዎችን እና በግል ሊለዩ የሚችሉ መረጃዎችን ለመጠቀም ወይም ይፋ ለማድረግ እነሆ ፍቃድ እሰጣለሁ።

እኔ ፥

* ከላይ የተጠቀስኩ ግለሰብ
* የግል ተወካይ ምክንያቱም በሽተኛው ለአካለ መጠን ያልደረሰ፣ አቅመ ደካማ ወይም በሞት ስለተለየ (ከዚህ በታች ያለውን "የግል ተወካይ ፊርማ" ክፍል ይሙሉ)

**መረጃዎን የማጋራት ጥቅሞች**

* ማጋራት አዲስ አቅራቢን ሲገበኙ የመግቢያ ጊዜን ሊቀንስ ይችላል።
* ማጋራት ኤጀንሲዎች የእርስዎን ልዩ ፍላጎቶች በበለጠ በፍጥነት በማሟላት ላይ እንዲያተኩሩ ያስችላቸዋል።
* ማጋራት ለብዙ ኤጀንሲዎች የመኖሪያ ቤቶችን እና አገልግሎቶችን ለእርስዎ እና/ወይም ለቤተሰብዎ ማስተባበርእንዲችሉ ቀላል ያደርገዋል።

**ሊጋራ የሚችል መረጃ**

* **በግል-ደረጃ የሚለይ መረጃ (PII)፥** የቤተሰብ መረጃ፣ ስም፣ የትውልድ ቀን፣ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር፣ ጾታ እና ዘር/ብሔር።
* **የሚጠበቅ የጤና መረጃ (PHI)፥** የቤት ውስጥ ጥቃት ታሪክ፣ የጤና መረጃ፣ የአካል እና የባህሪ ጤና ሁኔታዎች ምርመራዎችን እና ህክምናን ጨምሮ (ለCAHP ዓላማዎች ብቻ)።
* **ሌላ መረጃ፥** የአገልግሎት ፍለጋ ምክንያቶች፣ የመኖሪያ ሁኔታ እና የመኖሪያ ቤት ታሪክ፣ የሚያገኟቸው አገልግሎቶች፣ ቤት አልባ ከሆኑ ወይም ካልሆኑ፣ የገቢዎ እና የገቢ ምንጮች፣ የሚቀበሏቸው የህዝብ ጥቅማጥቅሞች፣ የትምህርት ታሪክ፣ የስራ መረጃ፣ የውትድርና ታሪክ፣ የመኖሪያ ቤት መረጋጋት እቅድ።

**እባክዎ የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ፥**

* **ያጋሩ፥ ስለእኔ የተሰበሰበውን መረጃ በDC HMIS በኩል ለሌሎች ድርጅቶች ለእኔ እና ለሌሎች የሚሰጡ አገልግሎቶችን ለማሻሻል እንድጋራ ተስማምቻለሁ። እነዚህ ድርጅቶች ከጊዜ ወደ ጊዜ ሊለወጡ ይችላሉ።** የእነዚህ ድርጅቶች ዝርዝር በ community-partnership.org ላይ ይገኛል።
* **አያጋሩ፥ በDC HMIS ውስጥ ያለ *የእኔ PHI እና/ወይም “ሌላ መረጃ” (ከላይ የተገለፀው)* ለሌላ ማንኛውም አገልግሎት አቅራቢዎች/ድርጅቶች እንድጋራ *አልፈልግም።* መረጃዬን አለማጋራት ለእኔ አገልግሎቶችን በፍጥነት እና በትክክል የመለየት ችሎታ ላይ ተጽዕኖ እንደሚያሳድር ተረድቻለሁ።**

**ይህን ቅጽ ሲፈርሙ፣ የሚከተለውን መረዳትዎን ያሳያል።**

* + **የግል መረጃዎን እንድናካፍል የማይፈልጉ ከሆነ እርዳታ *አንከለክልዎትም።* በተመሳሳይ ጊዜ፣ መረጃን ማጋራት እርዳታ እንደሚያገኙ ዋስትና አይሰጥም።**
  + **መረጃዎን እንድናካፍል ከፈቀዱልን፣ ይህ ስምምነት እርስዎ እስካልሰረዙት ድረስ የሚሰራ ነው።**
  + **መረጃዎን እንድናካፍል ከፈቀዱልን፣ ሃሳብዎን መቀየር እና ይህንን ስምምነት በማንኛውም ጊዜ ሊለውጡ ይችላሉ** ወደ ማህበረሰብ አጋርነት ለቤት እጦት መከላከል፣ ወደ 14 Kennedy Street, NW Washington, D.C. 20011 ደብዳቤ በመጻፍ። **ይህን ስምምነት ከሰረዙ፣ በዚህ መልቀቂያ ውስጥ የተሸፈነው መረጃዎ ከእንግዲህ አይጋራም።**

ይህን ፈቃድ ከሰረዙ፣ ቀደም ሲል ጥቅም ላይ የዋለ ወይም የተገለጸውን መረጃ አይመለከትም።

* + በዚህ ቅጽ ላይ ስላለው ማንኛውም ነገር፣ ወይም እንዴት እንደሚሞሉ ላይ፣ ማንኛውም አይነት ጥያቄ ካለዎት፣ እባክዎ ለማህበረሰብ አጋርነት የቤት እጦትን ለመከላከል፣ በ[hmis@community-partnership.org ኢሜይል ያድርጉ።](mailto:hmis@community-partnership.org)
* **እባክዎ እድሜያቸው 17 ወይም ከዚያ በታች የሆነን ልጆቼ መረጃን ከእኔ ጋር አንድ አይነት አድርገው ይያዙት።**
* **በስልክ የተገኘ የቃል ስምምነት (HMISን ያዘምኑ)**

# የተሳታፊ ወይም አሳድስጊ ፊርማ ቀን

**የድርጅት ምስክር ፊርማ ቀን**

የግል ተወካይ ፊርማ (የሚመለከተው ከሆነ) ፊርማ

ፊርማ ቀን (ያስፈልጋል)

ከግለሰብ ጋር ያለ ግንኙነት (የሚፈለግ)፥

ከጤና አጠባበቅ ጋር በተያያዙ ውሳኔዎች ላይ ግለሰቡን ወክለው እንዲሰሩ ህጋዊ ስልጣን የሚሰጥዎን ተዛማጅ የህግ ሰነድ እንዲሰጡን ሊጠየቁ ይችላሉ።

**ማስታወቂያ ለመረጃ ተቀባይ** ይህ መረጃ ምስጢራዊነቱ በፌዴራል እና/ወይም በክልል ህግ ሊጠበቅ ከሚችል መዝገቦች ለእርስዎ ይፋ ሆኗል። የአልኮል እና የአደንዛዥ እፅ አላግባብ መጠቀም ታካሚ መዝገብን በሚመለከቱ የፌዴራል ህጎች መሰረት መዝገቦቹ የተጠበቁ ከሆነ (42 CFR ክፍል 2) ፣ ተጨማሪ ይፋ ማድረጉ በሰውየው የጽሁፍ ፈቃድ ካሆነ፣ ወይም ወይም በሌላ መልኩ በ42 CFR ክፍል 2 የተፈቀደ ከሆነ፣ በስተቀር እርስዎ ከዚህ መረጃ ተጨማሪ ይፋ ማድረግ ተከልክለዋል። የሕክምና ወይም ሌላ መረጃ ለመልቀቅ አጠቃላይ ፈቃድ ለዚህ ዓላማ በቂ አይደለም። የፌደራል ደንቦቹ ማንኛውንም የአልኮል ወይም የአደንዛዥ እፅ አላግባብ መጠቀም ታካሚን በወንጀል ለመመርመር ወይም ለመክሰስ ማንኛውንም የመረጃውን አጠቃቀም ይገድባል።