

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Seguro Social	Apellido
			/ /	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer <input type="checkbox"/> Trans Hombre <input type="checkbox"/> Genero indefinido				
<b>Origen Étnico (Marque todos los que aplican):</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano u Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <b>Por favor marque uno:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe				

**Por favor anote dónde se quedó anoche:**

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Duración de la estancia:
<b>Si está aplicando para refugio:</b> ¿Número de veces que usted ha vivido en las calles o en refugio en los últimos 3 años? ____ ¿Cuántos meses ha estado viviendo en la calle o en un refugio de emergencia en los últimos 3 años? ____			<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Casa de un amigo <input type="checkbox"/> Casa de un familiar	
<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento:</b> Fecha de terminación esperada: / /			<input type="checkbox"/> <b>Cárcel/Prisión:</b> Fecha esperada de salida: / /	

<b>Es usted veterano?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>¿De niño estuvo en un orfanato o casa hogar?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>¿Es usted víctima o sobreviviente de violencia doméstica?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta huyendo? <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</li> <li>• Hace cuánto tiempo? _____</li> </ul>	<b>Esta discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedad mental crónica <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Condicion de salud cronica <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Dependencia del alcohol <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas	<b>Tiene seguro?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si tiene seguro, Nombre del seguro _____ <b>Esta embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, cuándo será la fecha de parto? _____
---	--	--

<b>Nivel más alto de educación:</b> <input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> Preescolar – 4 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> 5 <sup>o</sup> o 6 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> 7 <sup>o</sup> o 8 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> 9 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> 10 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> 11 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> 12 <sup>o</sup> grado <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela post- secundaria	<b>Tiene empleo?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Empleador: _____ <b>Recibe ingresos de alguno de los siguientes?</b> (Marque todos los que aplique) <input type="checkbox"/> SSI \$ _____ <input type="checkbox"/> SSDI \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF (ADC) \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Manuntención \$ _____ <input type="checkbox"/> WIC \$ _____ <input type="checkbox"/> SNAP (estampas de comida) \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ <b>Ingreso mensual estimado del hogar:</b> \$ _____
--	--

Los antecedentes (incluido el Registro Central y el Registro de Delincuentes Sexuales) se verifican antes de ingresar al refugio y es posible que no se apruebe que las personas con condenas agravadas, agresivas o de naturaleza sexual se alojen en nuestras instalaciones.

Yo (nosotros) he respondido con sinceridad las preguntas de esta solicitud y doy permiso para que se verifique esta información. Además, entiendo que la asistencia se ofrece según esté disponible y que Hope Harbor, Inc. se reserva el derecho de rechazar la asistencia.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Firma del Solicitante)

Las reglas para la aceptación y participación en el programa son las mismas para todos sin distinción de raza, color, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Cualquier persona que crea que ha sido discriminada en este programa debe escribir a Administrator, Food and Consumer Services, 3101 Park Center Drive, Alexandria, VA, revisado el 14 de abril o de 2022.

## NMIS: Sistema de información de gestión de Nebraska

### Consentimiento informado de los consumidores y autorización de divulgación de información

Yo \_\_\_\_\_ Entiendo que la información acerca de mí y/o mis dependientes que se lista a continuación, se introduce en un sistema de base de datos llamado ServicePoint. Este sistema ayuda a comprender mejor la falta de vivienda para mejorar la prestación de servicios y para evaluar la efectividad de los servicios prestados. La participación en la recolección de datos es un componente crítico de la capacidad de la comunidad para proporcionar los servicios más eficaces y posibles viviendas. La información que se recoge está protegida por limitar el acceso a la base de datos y limitar qué información puede ser compartida. El acceso a los datos y la distribución de los datos es conforme a las normas establecidas por los reglamentos federales, estatales y regulaciones locales del gobierno de la confidencialidad de los registros de cliente. Cada persona y agencia que está autorizada a leer o introducir información en el sistema ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información.

Al firmar esta forma, Yo autorizo lo siguiente:

Se incluirá la información recopilada por esta agencia en ServicePoint y sólo agencias asociadas, que han entrado en un acuerdo de participación de la Agencia HMIS en que he obtenido o buscó servicios, pueden utilizar mi información para:

- Producir un perfil de cliente en el consumo que será compartido en colaborando con agencias
- Producir un reporte del producto total con relación sobre el uso de servicios
- Seguimiento del programa individual sobre el nivel de resultados
- Identificar servicios que no llenan necesidades y plan de mejoras
- Distribuir recursos entre agencias de servicios.

Al firmar este formulario, autorizo a lo siguiente:

Autorizo a los organismos asociados y a sus representantes para compartir información básica con respecto a los miembros de mi familia y/o míos que se lista a continuación. Entiendo que esta información es con el fin de evaluar mis o nuestras necesidades para asistencia de vivienda, servicios públicos, alimentos, consejería y otros servicios.

La siguiente información Personal protegido (PPI) es compartida en HMIS para cualquier proyecto de servicio.

- |                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| • Nombre                  | • Etnicidad y raza      |
| • Fecha de nacimiento     | • Ubicación del cliente |
| • Número de Seguro Social | • Estatus veterano      |
| • Género                  | • Foto (si corresponde) |

Estos campos adicionales pueden ser recogidos y compartidos con vivienda, servicios públicos y otros proyectos de servicio:

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| • Historia sin hogar    | • condición de discapacidad                  |
| • composición familiar  | • vivienda información                       |
| • ingresos/sin efectivo | • estado de seguro de salud                  |
| • violencia doméstica   | • residencia antes de la entrada de proyecto |
- Entiendo que:
    - ✓ Las agencias asociadas han firmado acuerdos para el uso de mis datos en una manera profesional y confidencial. Tengo derecho a ver las políticas de confidencialidad del cliente utilizado por las agencias socias a HMIS.
    - ✓ Miembros del personal de los organismos asociados que verán mi información han firmado acuerdos de confidencialidad con respecto a mi información.

- ✓ La divulgación de mi información no garantiza que recibiré asistencia; mi negativa a autorizar el uso de mi información no me descalifica de recibir asistencia.
- ✓ Mis archivos están protegidos por el estado federal, y regulaciones locales del gobierno de la confidencialidad de los registros de cliente y no puede ser revelada sin mi consentimiento por escrito, salvo disposición en contrario en las regulaciones.
- ✓ Esta autorización permanecerá en vigor hasta revocar por escrito, puedo revocar la autorización en cualquier momento, al momento de revocar mi autorización, se mantendrá toda la información sobre mí que está en la base de datos.
- ✓ Esta libertad es válida por \_\_\_ años desde la fecha de mi firma.
- ✓ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Organismos asociados: Puede verse una lista de las agencias del socio dentro de la Sistema(NMIS) de información de gestión sin hogar Nebraska (NMIS) antes de firmar este formulario.

Lista de todos los hijos dependientes menores de 18 años en el hogar, si alguno (Primer Nombre, Apellido y fecha de nacimiento)

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
| 7. | 8. |

- ✓ Auditores o financiadores que tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, incluyendo el Departamento de vivienda y desarrollo urbano de los Estados Unidos y el Departamento de salud y servicios humanos de asistencia para personas sin hogar de Nebraska, pueden ver mi información en HMIS relacionadas con los servicios que recibí y financiado por su departamento/s.

Por favor ponga sus iniciales en uno de los siguientes niveles de consentimiento:

\_\_\_ Doy autorización para mí y para mis dependientes enumerados anteriormente, Protección Personal y la información relevante puede ingresarse en NMIS y compartida entre organismos asociados

O

\_\_\_ NO CONSIENTO la inclusión de datos en el NMIS sobre mí y dependientes enumerados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del personal - Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Divulgación de información

Yo, como solicitante de asistencia de Hope Harbor, Inc., entiendo que es posible que sea necesario intercambiar información entre Hope Harbor, las fuerzas del orden, otras agencias e iglesias para ayudarme aún más y aceptarlo.

**IMPORTANTE: Las agencias de aplicación de la ley pueden revisar nuestros registros a petición de ellos.**

Al firmar este formulario de liberación, doy mi permiso para que Hope Harbor, Inc. solicite información y comparta información con las agencias designadas, las fuerzas del orden y las iglesias, que incluyen, entre otras, las agencias a continuación. El propósito de recibir y compartir información es ayudar a hacer otras referencias apropiadas para mi situación.

Este FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN tiene una validez de 12 meses, comenzando con la fecha de ejecución y expirará el \_\_\_\_\_

Las siguientes agencias enumeradas son los contactos más frecuentes de Hope Harbor, Inc., sin embargo, el comunicado no se limita a estas agencias:

Solicitantes Employer	Autoridad de Vivienda del Condado de Hall
Industrias de buena voluntad de Nebraska Central	Correcciones del Condado de Hall
Asociación de Acción Comunitaria de Nebraska Central	Salud de Heartland
Llanuras Centrales/PALS	Levantamiento de la Independencia
Iglesias	Hospital Mary Lanning/CSU
Centro de Crisis	Centro de Mid-Plains/CSU
Misión Crossroads (Kearney, Hastings, G.I.)	Camino Consciente
Departamento de Salud y Servicios Humanos	Departamento de Correcciones de Nebraska
Tribunal de Drogas	Región 3 Servicios de comportamiento
Red de Desarrollo Temprano	Richard Young Hospital
Cuidado de familias	Ejército de Salvación
Servicios para la Familia del Futuro	Libertad condicional / libertad condicional estatal
Consejería de La Casa de la Amistad	St. Francis Hospital
Departamento de Policía de Grand Island	Clínica de la Tercera Ciudad
Escuelas Públicas de Grand Island	United Way
Grand Island Regional Hospital	V.A Hospital/Tratamiento
Fiscal del Condado de Hall	Readaptación profesional

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ejecutado este \_\_\_\_\_ day \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Solicitante (Imprimir nombre completo)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Niño: \_\_\_\_\_

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Seguro Social
		/ /	
<b>Relación con el encargado del hogar:</b>		<b>¿De niño estuvo en un orfanato o casa hogar?</b>	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer <input type="checkbox"/> Trans Hombre <input type="checkbox"/> Genero indefinido			
<b>Origen Étnico (Marque todos los que aplican):</b>			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano u Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe			
<b>Por favor marque uno:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe			
<b>¿Tiene seguro?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Si tiene seguro, Nombre del seguro _____			
<b>¿Su hijo es discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica mental <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Dependencia de alcohol <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas			
<b>Nivel más alto de educación:</b>			
<input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> Preescolar – 4 ° grado <input type="checkbox"/> 5 ° o 6 ° grado <input type="checkbox"/> 7 ° o 8 ° grado <input type="checkbox"/> 9 ° grado <input type="checkbox"/> 10 ° grado <input type="checkbox"/> 11 ° grado <input type="checkbox"/> 12 ° grado (No Diploma) <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela post- secundaria			

Niño: \_\_\_\_\_

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Seguro Social
		/ /	
<b>Relación con el encargado del hogar:</b>		<b>¿De niño estuvo en un orfanato o casa hogar?</b>	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Mujer <input type="checkbox"/> Trans Hombre <input type="checkbox"/> Genero indefinido			
<b>Origen Étnico (Marque todos los que aplican):</b>			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano u Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe			
<b>Por favor marque uno:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Cliente no sabe			
<b>¿Tiene seguro?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Si tiene seguro, Nombre del seguro _____			
<b>¿Su hijo es discapacitado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica mental <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Condición de salud crónica <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Dependencia de alcohol <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas			
<b>Nivel más alto de educación:</b>			
<input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> Preescolar – 4 ° grado <input type="checkbox"/> 5 ° o 6 ° grado <input type="checkbox"/> 7 ° o 8 ° grado <input type="checkbox"/> 9 ° grado <input type="checkbox"/> 10 ° grado <input type="checkbox"/> 11 ° grado <input type="checkbox"/> 12 ° grado (No Diploma) <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela post- secundaria			