

## Pagbawi ng Pahintulot ng Kliyente ng HMIS

Binabawi ko ang aking pahintulot sa \_\_\_\_\_ (Ahensya) na magkaroon o maglagay ng personal na nagpapakilalang impormasyon tungkol sa akin at/o aking mga dependent na anak na wala pang 18 taong gulang sa Sistema ng Impormasyon sa Pangangasiwa ng Mga Walang Tirahan (Homeless Management Information System o HMIS) ng County ng Contra Costa.

### Nagpapakilalang impormasyon na dapat alisin sa sistema:

(Paki-check ang anumang impormasyon sa ibaba na aalisin sa HMIS)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aking Pangalan at Apelyido          | <input type="checkbox"/> Aking Etnisidad                         |
| <input type="checkbox"/> Aking Social Security Number        | <input type="checkbox"/> Aking Lahi                              |
| <input type="checkbox"/> Aking Araw at Buwan ng Kapanganakan | <input type="checkbox"/> Aking numero ng lisensya sa Pagmamaneho |
| <input type="checkbox"/> Aking Huling Permanenteng Address   | <input type="checkbox"/> Aking numero ng Medikal na Talaan       |
| <input type="checkbox"/> Aking Numero ng Telepono            | <input type="checkbox"/> Aking Kasarian                          |

### Kung Naaangkop: Aalisin sa sistema ang nagpapakilalang impormasyon ng mga batang menor de edad:

(Paki-check ang anumang impormasyon sa ibaba na aalisin sa HMIS)

Ilagay ang (mga) pangalan ng anak/mga anak:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Pangalan at Apelyido ng Anak _____          |
| <input type="checkbox"/> Social Security Number ng Anak _____        |
| <input type="checkbox"/> Araw at Buwan ng Kapanganakan ng Anak _____ |
| <input type="checkbox"/> Huling Permanenteng Address ng Anak _____   |
| <input type="checkbox"/> Numero ng Telepono ng Anak _____            |
| <input type="checkbox"/> Etnisidad/ Lahi ng Anak _____               |
| <input type="checkbox"/> Kasarian ng Anak _____                      |
| <input type="checkbox"/> Numero ng Medikal na Talaan ng Anak _____   |

### Mananatili sa sistema ang lahat ng hindi nagpapakilalang impormasyon:

Edukasyon, Taon ng Kapanganakan, Programa, Mga Sagot sa Pagpasok/Paglabas, Anumang iba pang hindi nagpapakilalang impormasyon

Nauunawaan kong patuloy kong matatanggap ang mga parehong serbisyo mula sa ahensyang ito payagan ko man sila o hindi na maglagay ng nagpapakilalang personal na impormasyon tungkol sa akin sa HMIS.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Kliyente (o Magulang/Tagapangalaga)

\_\_\_\_\_  
Petsa

\_\_\_\_\_  
Kaugnayan sa Kliyente

\_\_\_\_\_  
Naka-print na Pangalan ng Kliyente (I-print nang malinaw)

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Saksi ng Ahensya

\_\_\_\_\_  
Petsa

\_\_\_\_\_  
Naka-print na Pangalan ng Kawani (I-print nang malinaw)

**PARA LANG SA KAWANI NG AHENSYA:** Pakilagay ang *Natatanging ID ng Kliyente ng HMIS* kapag nakumpleto na ng kliyente ang lahat ng field sa itaas at nakapagbigay ng lagda. Kapag kumpleto na, ligtas na i-email ang form na ito sa [H3REDteam@cchealth.org](mailto:H3REDteam@cchealth.org).

\_\_\_\_\_  
*Natatanging ID ng Kliyente ng HMIS*

Hindi maaaring amyendahan ang form na ito maliban sa pag-apruba ng Pangunahing Ahensya ng HMIS ng County ng Contra Costa.

Nirebisa noong 09/09/2020