

Red de Asistencia para Familias Trabajadoras Colaborativas COVID-19 del Condado de Elkhart

Software de administración de casos compartidos - CharityTracker

Permiso para Compartir Información (ROI)

Apellido del Cliente:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Dirección:		Ciudad/Estado:		Código postal:	
Fecha de nacimiento:	/ / mm / dd / aaaa	Seguro Social:	- - - - - -	Teléfono:	- - - - - -

Elkhart County Collaborative COVID 19 Working Families Assistance Network, "en lo sucesivo denominado "CharityTracker", es un sistema de mantenimiento de registros informático compartido que captura información sobre personas que necesitan servicios de emergencia, incluido entre otras, asistencia con servicios públicos facturas, medicamentos, pagos de alquiler / hipoteca, etc. United Way de los condados de Elkhart y LaGrange administra CharityTracker en nombre de las agencias participantes de CharityTracker Assistance Network, incluyendo Church Community Services, Salvation Army of Elkhart, Salvation Army of Goshen, La Casa, y Family Christian Development Center.

Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no tengo que participar en CharityTracker. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre CharityTracker y revisar la información de identificación básica, que está autorizada por este comunicado para que las Agencias participantes de la Red de asistencia de CharityTracker la compartan. También entiendo que la información sobre servicios no confidenciales que me brindan las agencias participantes de CharityTracker puede compartirse con otras agencias participantes de CharityTracker. Esta divulgación de información permanecerá vigente durante 3 años a partir de la fecha indicada al final de la página, a menos que haga una solicitud formal a esta organización de que ya no deseo participar en CharityTracker.

<u>Dependiente (s)</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Número de Seguro Social</u>
		- - -
		- - -
		- - -
		- - -
		- - -
		- - -
		- - -
		- - -

Autorizo a _____, como agencia participante de CharityTracker, que compartá mis transacciones / información básica, de identificación y no confidencial del servicio con otras agencias participantes de CharityTracker. Autorizo el uso de una copia de este original para que sirva como original para los fines indicados anteriormente. Además, autorizo a _____ (Agencia participante), como Agencia participante de CharityTracker, a compartir las transacciones / información básica, de identificación y no confidencial del servicio de mi dependiente con otras agencias participantes de CharityTracker.

X
 Cliente y / o padre-tutor legal
 Firma de autorización

X
 Firma del representante de la agencia

Fecha

Fecha