

## Khách hàng Rút lại Chấp thuận HMIS

Tôi rút lại sự cho phép đối với \_\_\_\_\_ (Cơ quan) về việc nhận hoặc nhập thông tin nhận diện cá nhân của tôi và/hoặc các con cần được trợ cấp của tôi dưới 18 tuổi vào Hệ thống Thông tin Quản lý Người vô gia cư (HMIS) của Quận Contra Costa.

### Xác định thông tin cần xóa khỏi hệ thống:

(Vui lòng kiểm tra bất kỳ thông tin nào dưới đây cần xóa khỏi HMIS)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Họ và Tên của Tôi                    | <input type="checkbox"/> Dân tộc của Tôi        |
| <input type="checkbox"/> Số An sinh Xã hội của Tôi            | <input type="checkbox"/> Chủng tộc của Tôi      |
| <input type="checkbox"/> Ngày và Tháng Sinh của Tôi           | <input type="checkbox"/> Số Bằng lái xe của Tôi |
| <input type="checkbox"/> Địa chỉ Thường trú Cuối cùng của Tôi | <input type="checkbox"/> Số Hồ sơ Y tế của Tôi  |
| <input type="checkbox"/> Số Điện thoại của Tôi                | <input type="checkbox"/> Giới tính của Tôi      |

### Nếu Áp dụng: Xác định thông tin của trẻ vị thành niên cần xóa khỏi hệ thống:

(Vui lòng kiểm tra bất kỳ thông tin nào dưới đây cần xóa khỏi HMIS)

Nhập tên (các) trẻ:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Họ và Tên của Trẻ _____                    |
| <input type="checkbox"/> Số An sinh Xã hội của Trẻ _____            |
| <input type="checkbox"/> Ngày và Tháng Sinh của Trẻ _____           |
| <input type="checkbox"/> Địa chỉ Thường trú Cuối cùng của Trẻ _____ |
| <input type="checkbox"/> Số Điện thoại của Trẻ _____                |
| <input type="checkbox"/> Dân tộc/Chủng tộc của Trẻ _____            |
| <input type="checkbox"/> Giới tính của Trẻ _____                    |
| <input type="checkbox"/> Số Hồ sơ Y tế của Trẻ _____                |

### Tất cả thông tin không nhận diện sẽ vẫn được duy trì trong hệ thống:

Giáo dục, Năm Sinh, Chương trình, Câu trả lời Đầu vào/Đầu ra, Bất kỳ thông tin không nhận diện nào khác

Tôi hiểu rằng tôi sẽ tiếp tục nhận được các dịch vụ tương tự từ cơ quan này cho dù tôi có cho phép họ nhập thông tin nhận diện cá nhân của tôi vào HMIS hay không.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Khách hàng (hoặc Phụ huynh/Người giám hộ)

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ với  
Khách hàng

\_\_\_\_\_  
Tên Khách hàng (Viết rõ ràng bằng chữ in)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Nhân chứng của Cơ quan

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên Nhân viên của Cơ quan (Viết rõ ràng bằng chữ in)

**CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN CỦA CƠ QUAN:** Vui lòng nhập *ID Riêng của Khách hàng HMIS* khi khách hàng đã điền tất cả các trường ở trên và ký tên. Sau khi hoàn thành, gửi biểu mẫu này qua email an toàn đến [H3REDteam@cchealth.org](mailto:H3REDteam@cchealth.org).

\_\_\_\_\_  
*ID Riêng của Khách hàng HMIS*