

HMIS 客户同意撤销书

本人现撤销允许 _____ (机构) 拥有 Contra Costa 县无家可归者管理信息系统 (HMIS) 中或在其中输入关于本人和/或本人未满 18 岁受抚养子女的个人识别信息的许可。

要从系统中删除的识别信息:

(请勾选要从 HMIS 中删除的以下任何信息)

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 我的名字和姓氏 | <input type="checkbox"/> 我的种族 |
| <input type="checkbox"/> 我的社会保险号码 | <input type="checkbox"/> 我的人种 |
| <input type="checkbox"/> 我的出生月份和日期 | <input type="checkbox"/> 我的驾照号码 |
| <input type="checkbox"/> 我最近的永久住址 | <input type="checkbox"/> 我的病历号 |
| <input type="checkbox"/> 我的电话号码 | <input type="checkbox"/> 我的性别 |

要从系统中删除的未成年子女识别信息 (如适用):

(请勾选要从 HMIS 中删除的以下任何信息)

请填写子女姓名:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 子女的名字和姓氏 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女的社会保险号码 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女的出生月份和日期 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女最近的永久住址 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女的电话号码 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女的种族/人种 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女的性别 _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女的病历号 _____ |

所有非识别信息都将保留在系统中:

教育程度、出生年份、计划、进入/退出回答、任何其他非识别信息

本人理解, 无论本人是否允许该机构在 HMIS 中输入关于本人的个人识别信息, 本人都将继续从该机构获得相同的服务。

_____ 客户签名 (或父母/监护人)	_____ 日期	_____ 与客户的关系
-------------------------	-------------	-----------------

客户正楷签名 (请以正楷体书写工整)

_____ 机构见证人签名	_____ 日期
------------------	-------------

机构工作人员正楷签名 (请以正楷体书写工整)

仅针对机构工作人员: 请在客户完成上述所有字段并提供签名后, 输入 HMIS 客户唯一 ID。完成后, 安全地通过电子邮件将此表发送至 H3REDteam@cchealth.org。

HMIS 客户唯一 ID