

## HMIS 客戶撤銷同意書

本人欲撤銷對 \_\_\_\_\_（機構名稱）之授權，使其無權再擁有 Contra Costa 縣街友管理資訊系統 (HMIS) 中之與本人或本人扶養之未滿 18 歲子女有關之可辨識個人身分資訊，無權在該系統中輸入上述資訊。

下列可辨識個人身分資訊，應從上述系統中移除：

（請於下面核取要從 HMIS 中刪除的資訊）

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 我的名字和姓氏       | <input type="checkbox"/> 我的族裔   |
| <input type="checkbox"/> 我的社會安全碼       | <input type="checkbox"/> 我的種族   |
| <input type="checkbox"/> 我的出生日期（月份與日期） | <input type="checkbox"/> 我的駕照號碼 |
| <input type="checkbox"/> 我最後使用的永久地址    | <input type="checkbox"/> 我的病歷號碼 |
| <input type="checkbox"/> 我的電話號碼        | <input type="checkbox"/> 我的性別   |

下列可辨識個人身分之未成年子女資訊，亦應從系統中移除（如適用）：

（請於下面核取要從 HMIS 中刪除的資訊）

請插入子女的姓名：

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 子女姓名 _____           |
| <input type="checkbox"/> 子女的社會安全碼 _____       |
| <input type="checkbox"/> 子女的出生日期（月份與日期） _____ |
| <input type="checkbox"/> 子女最近使用的永久地址 _____    |
| <input type="checkbox"/> 子女的電話號碼 _____        |
| <input type="checkbox"/> 子女的族裔/種族 _____       |
| <input type="checkbox"/> 子女的性別 _____          |
| <input type="checkbox"/> 子女的病歷號碼 _____        |

下列所有無法辨識個人身份的資訊，都將保留在系統中：

教育程度、出生年份、參與計畫、加入/退出之回應、任何其他無法辨識個人身份的資訊

本人瞭解，無論我是否允許機構在 HMIS 輸入與自身相關且可辨識個人身份的個人資訊，我都能繼續從該機構取得相同的服務。

\_\_\_\_\_  
客戶簽名（或家長/監護人簽名）                      日期                      與客戶的關係

\_\_\_\_\_  
客戶正楷姓名（請務必清楚書寫）

\_\_\_\_\_  
機構見證人簽名                      日期

\_\_\_\_\_  
機構人員正楷姓名（請務必清楚書寫）

**僅限機構工作人員：**待客戶填妥上述所有欄位並提供簽名後，請輸入 HMIS 客戶端唯一識別碼。

完成後，請採用安全方式，

透過電子郵件將此表格傳送至 [H3REDteam@cchealth.org](mailto:H3REDteam@cchealth.org)。

\_\_\_\_\_  
HMIS 用戶端唯一識別碼