APÉNDICE 2

Community Sign In | Formulario de consentimiento y liberación de responsabilidad

Yo, _____, el _____ :
(*escriba su nombre en letra de molde*) (*escriba la fecha de hoy*)

1. Comprendo que se me está solicitando que participe en Community Sign In (CSI).
   Community Sign In es patrocinado por la Iniciativa para Jóvenes y Adultos Jóvenes Indigentes del Comité para Evitar la Indigencia <u>para planear mejor cómo proporcionar servicios en todo el país</u>.

2. Comprendo que se me está solicitando que proporcione la siguiente información sobre mí mismo:
   - Mi nombre y apellido
   - Mi fecha de nacimiento y sexo
   - Si me considero indigente
   - Si estoy interesado en recibir apoyo *en este momento* para reunirme con mi familia o con un adulto seguro

3. Comprendo que mi participación es voluntaria. Por este medio otorgo mi consentimiento para compartir mi información con todas las agencias CSI en el condado de King (*marque sí o no*)

   _____ Sí _____ No [*El marcar "no" significa que mi información sólo será vista al interior de la agencia que me inscribe.]*

4. Comprendo que mi información será usada solamente para determinar si he sido incluido en Community Sign In y que mi información personal estará protegida. Comprendo además que mi decisión respecto a compartir o no mi información de ningún modo afecta los servicios que podría recibir de ninguna de las agencias CSI participantes. Sólo unos pocos miembros del personal del Condado de King que hayan firmado acuerdos de confidencialidad podrán ver esta información.

5. Comprendo que, si consiento a compartir mi información personal entre todas las agencias que participan en CSI, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a) contactando a cualquier agencia CSI, b) llenando un "Formulario de revocación de consentimiento del cliente" que me proporcionará inmediatamente la agencia.

6. Comprendo que mis datos se conservarán/almacenarán hasta por 7 años.

7. Comprendo que mi firma en este formulario de consentimiento y liberación de responsabilidad indica que he leído lo anterior, o que he hecho que alguien me lo lea, y que lo comprendo. También he tenido la oportunidad de hacer las preguntas que desee.

_____ _____
Firma Firma del testigo

_____ _____ _____
Nombre en letra de molde Fecha Nombre del testigo en letra de molde Fecha

Sexo (marque uno): ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ TRANSGÉNERO ☐ OTRO Fecha de nacimiento: _____

¿Actualmente no tiene un lugar estable para vivir o se encuentra indigente? (marque una) ☐ SÍ ☐ NO

¿Está interesado en hablar con alguien de aquí sobre la posibilidad de ponerle en contacto con su familia o con otro adulto seguro? ☐ SÍ ☐ NO

Agradecemos su opinión
Siempre estamos tratando de mejorar Community Sign-In. Por favor envíe sus sugerencias a megan.gibbard@cehkc.org o llamando al 206-263-2974. De nuevo, gracias por su ayuda en este importante esfuerzo para reducir la indigencia.

Community Sign-In | Revocación de formulario de consentimiento del cliente

Yo, _____ , **revoco mi permiso para** incluir mi información de identificación personal en Community Sign In.

Al revocar mi consentimiento, estoy consciente de que la información de identificación que tengo en Community Sign In será eliminada.

Esta información será eliminada:

- Nombre (si se proporcionó)
- Calle (si se proporcionó)
- Día y mes de nacimiento (si se proporcionaron)
- Sexo (si se proporcionó)
- Situación de indigencia
- Respuesta a la pregunta sobre el interés en hablar con personal respecto a ponerle en contacto con un miembro de su familia o un adulto seguro

Al firmar esto, afirmo que comprendo que:

- El objetivo de compartir información en Community Sign In es ayudar a mejorar los servicios que recibo, y para la comunidad entera.
- La agencia que me da servicio participa voluntariamente en Community Sign In para promover mejor los servicios y apoyos necesarios para jóvenes y adultos jóvenes indigentes.
- La agencia no puede negarme servicio por no darles permiso para conservar mis datos en Community Sign In o para compartirlos con otras agencias.
- Tengo derecho a que esta agencia me entregue una copia de este formulario lleno. En cualquier momento puedo solicitar que esta agencia verifique que mi información de identificación ha sido eliminada de Community Sign In.

_____	_____
Firma	Firma del testigo
_____	_____
Nombre en letra de molde	Nombre del testigo en letra de molde
_____	_____
Fecha	Fecha