

Permiso del Cliente y Autoridad Para Divulgar la Información

MAACLink es un sistema de computadora que se usa en zonas locales como un Sistema de Manejar la Información de Personas sin Hogar (HMIS son las siglas en inglés). El uso de un HMIS es obligado por el Departamento Federal de Hogar Desarrollo Urbano (HUD son las siglas en inglés) para las agencias que reciben fondos de HUD. MAACLink no tiene ninguna conexión electrónica con HUD y es usado únicamente por agencias autorizadas. Todos los que usan MAACLink han recibido entrenamiento en la confidencialidad y han firmado acuerdos muy estrictos para proteger la información personal de los clientes y limitar apropiadamente su uso.

Una Noticia de la Confidencialidad de Datos Personales se puede conseguir en las agencias que participan en este programa. Esa Noticia explica los detalles de cómo las agencias participantes y sus empleados manejan la información personal de clientes y cómo comparten esa información.

Yo doy mi permiso a _____ (El nombre de la Agencia) para recoger la información de mi persona y de los de mi casa y anotarla en el sistema MAACLink de la computadora.

Yo entiendo que el sistema MAACLink se comparte con agencias autorizadas en mi comunidad y se usa con el propósito de:

1. Determinar las necesidades de familias de fondos escasos, personas sin hogar, u otras personas con necesidades especiales para poder darles mejor ayuda y mejorar su situación actual o futura.
2. Mejorar la calidad de cuidado y servicio de personas en necesidad.
3. Seguir la efectividad de los esfuerzos de la comunidad en suplir las necesidades de las personas quienes han recibido ayuda.
4. Anotar los datos en un nivel total que no identifica personas específicas ni su información personal.

Entiendo que:

- Todas las agencias que usen MAACLink tratarán mi información en una manera profesional y confidencial.
 - El firmar este documento de permiso no garantiza que yo recibiré asistencia.
 - La información mía podrá compartirse con entidades (tales como proveedor de utilidades, dueños de casa, y otros) para poder darme el servicio que solicito.
 - Tengo el derecho de recibir una copia impresa de todos mis datos en MAACLink.
- ____ (Si gusta) Ponga una "X" aquí si da su permiso de incluir su foto en MAACLink.

Nombre del Solicitante, letra de molde

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre de Representante de la Agencia
Letra de molde

Firma de Representante de la Agencia

Fecha

Cada agencia MAACLink va a exigir que usted firme este documento, al menos cada año. Después de firmar este documento si Ud. decide que ya no quiere que sus datos se entren en MAACLink, por favor llene el documento de Revocación. Si Ud. no revoca este documento, vencerá automáticamente el _____, o un año después de firmar y fechar este documento.

LIGA DE AYUDA MID AMERICA

HOJA DE SERVICIOS DE AYUDA DE EMERGENCIA

AGENCIA/CODIGO

FECHA DE APLICACION

	/ /
--	-----

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TELEFONO	ETNICIDAD	SEXO
NOMBRE DE LA ESPOSO			SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	APELLIDO DE SOLTERA		

DIRECCION	APT	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	¿CUAUNTO TIEMPO?
-----------	-----	--------	---------	--------	------------------

# PERSONAS EN LA CASA	CODIGO POSTAL	NIVEL DE EDUCACION OBTENIDO
-----------------------	---------------	-----------------------------

- _____ Menos que secundaria
- _____ Secundaria / diploma
- _____ Estudios superiores

MIEMBROS ADICIONALES EN CASA			
PERSONA	#SEGURO	RELACION	F.NAC / EDAD
1			
2			
3			
4			

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE

PAGADOR / DIRECCION

Recibo de comida # _____

Renta / Hipoteca _____

Contacto de utilidades _____

PRESUPUESTO INGRESO (NETO)	Cantidad por mes	TOTAL
La cabeza de la familia	\$ _____	
Esposo (a)	\$ _____	
Otro	\$ _____	
Otro	\$ _____	\$ _____
GASTOS (ACTUALES)	Cantidad por mes	TOTAL
Renta / Hipoteca	\$ _____	
Electricidad	\$ _____	
Gas	\$ _____	
Agua	\$ _____	
Telefono	\$ _____	
Medico	\$ _____	
Miscelaneo	\$ _____	\$ _____
Diferencia entre Ingresos y Gastos		\$ _____

DESCRIPCION DE LA NECESIDAD REQUERIDA

PORQUE SE NECESITA LA AYUDA

a. Desempleo _____	e. Cambio de domicilio _____
b. Ingreso inadecuado _____	f. Robo _____
c. Enfermedad / Muerte _____	g. Rompimiento familiar _____
d. Desalojamiento _____	h. Sin casa _____

PRESUPUESTO SUPLEMENTARIO

Recursos adicionales: Estampillas de Comida \$ _____ LIEAP \$ _____

Marque lo que aplique: Medicaid _____ W/C _____ Casa Sec8 _____

Public _____ Hogar _____

DEUDAS PENDIENTES

_____ \$ _____

_____ \$ _____

FONDOS USADOS

Warmth & Light \$ _____ FEMA \$ _____

Dollar Aid \$ _____ JCEAPS \$ _____

Credito Dollar Aid \$ _____ Proyecto warmth \$ _____

AYUDA DADA HOY

Comida \$ _____ Para _____ Dias _____ Personas _____

Cupones de comida \$ _____

Renta \$ _____ cuenta# _____

Utilidades \$ _____ cuenta# _____

Ropa \$ _____ prendas _____

AYUDA TOTAL \$ _____

LIBERTAD DE INFORMACION / ATESTIGUACION

Yo certifico que la informacion que he provisto arriba es verdadera y correcta Doy mi permiso de dispensar informacion aqui provista a cualquier agencia de servicios sociales, a Mid America Assistance Coalition y vendedores, ya sea necesaria para completar los servicios en mi hogar, o para proveer estadisticas en asistencia de emergencia, como un seguro contra duplicacion. Por tanto, autorizo a mi proveedor de utilidades y otros vendedores relacionados con mi hogar, a proveedor informacion concerniente a mi cuenta de combustible y otros cuentas, segun sea necesario para asegurar el apropiado procedimiento de esta aplicacion.

X _____

Firma del entrevistador Fecha

X _____

Firma del aplicante Fecha