

Centro Comunitario CARE Red de Asistencia

Software de gestión de casos compartidos - CharityTracker

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI)

Apellido del cliente: _____ Primer Nombre del cliente _____ Inicial SN: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zip: _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Numero de Telefono: _____ - _____ - _____

En la Red de Asistencia, “en lo sucesivo denominada “Charity Tracker”, es un sistema de registro computarizado compartido que captura información sobre las personas que experimentan necesidad de servicios de emergencia, incluyendo pero no limitado a la asistencia con facturas de servicios públicos, medicamentos, pagos de alquiler / hipoteca, etc. CARE (Agencia Administradora) administra Charity Tracker en nombre de las agencias participantes de la Red de Asistencia de Charity Tracker.

Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no tengo que participar en CharityTracker. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre Charity Tracker y revisar la información básica de identificación, que está autorizada por esta versión para que las agencias participantes de la Red de Asistencia de Charity Tracker la compartan. También entiendo que la información sobre los servicios no confidenciales que me proporcionan las agencias participantes de Charity Tracker, puede ser compartida con otras agencias participantes de Charity Tracker. Esta publicación de información permanecerá en vigor durante 3 años a partir de la fecha indicada bajo mi firma en la parte inferior de esta página, a menos que haga una solicitud formal a esta Organización de que ya no deseo participar en CharityTracker.

Nombre de Dependiente

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Autorizo al Centro Comunitario CARE , como Agencia Participante de Charity Tracker, para compartir mis transacciones/información de servicio básico, identificativo y no confidencial con otras agencias participantes de Charity Tracker. Autorizo el uso de una copia del original para que sirva como original para los fines mencionados anteriormente. Además, lo autorizo CARE , como una Agencia Participante de Charity Tracker, para compartir la identificación básica de mí dependiente transacciones de servicios identificativos y no confidenciales con otras agencias participantes de Charity Tracker.

X

Firma autorizante del Cliente y/o Firma del padre-tutor legal

Fecha

X

Firma de Representante de Agencia

Fecha