Continuidad de Cuidado del Condado de Orange *Homeless Management Information System* (OC HMIS)

Formulario de Revocación del Consentimiento

Con mi firma, revoco mi consentimiento para compartir mi Información Personal Protegida en el OC HMIS.

Entiendo que esta revocación autoriza la eliminación de mi PPI desde la base de datos compartida del HMIS y previene la adición de más PPI. Entiendo que el PPI que he autorizado previamente a compartir no puede estar eliminada completamente desde la base de datos HMIS y todavía estará disponible a un número limitado de organizaciones que me han prestado servicios directos

Nombre: _____Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de NSS_____

Firma _____ Fecha _____

Jefe de hogar **(Marque aquí)** ☐

Hijos menores de edad (si hay algunos):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de SS_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de SS_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de SS_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos de SS_____

_____ _____

Escriba el Nombre de la Organización **Escriba el Nombre del Miembro del Personal**

_____ _____

Firma del Miembro del Personal **Fecha**