



# PROYECTO DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS SIN VIVIENDA DE MARYLAND

## Documentación sobre la condición de persona sin vivienda

Por favor, utilice el espacio a continuación para describir la situación de vida actual del/de la solicitante. Si el/la solicitante se encuentra en el centro de detención, describa su situación de vida antes del encarcelamiento. Si el/la solicitante reside en un centro de acogida, un programa de vivienda de transición u otro centro de alojamiento temporal, deberá adjuntarse a este formulario la documentación adicional sobre la condición de persona sin vivienda, es decir, una carta con membrete de la agencia.

**Verificación personal (breve comentario del/de la cliente/a donde indique que es una persona sin vivienda o que corre el riesgo de perder su vivienda):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**(Haga estas preguntas al/a la solicitante):**

1. ¿Dónde suele pasar la noche? \_\_\_\_\_
2. ¿Conoce el nombre del centro de acogida o el programa de alojamiento donde está parando?

- 
3. ¿Trabaja con alguno de los equipos de divulgación o programas de gestión de casos?

En caso afirmativo, ¿conoce el nombre de la agencia o del/de la gestor/a del caso que lo/a atiende?

---

---

**Certifico que la información que he compartido sobre mi condición de persona sin vivienda es verdadera y precisa.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firmado:** \_\_\_\_\_ **(Solicitante)**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
Somerset County  
Health Department

## Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871  
443.523.1700 • Fax 410.651.5680 • Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud: Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera registrada (MS, RN, por sus siglas en inglés)

### ADMINISTRACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

SOLICITUD/ADMISIÓN del Proyecto de Identificación de Personas sin Vivienda del año fiscal 2018

Nombre del/de la cliente/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\* \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\*Si el/la cliente/a es menor de 18 años, ¿está bajo el cuidado de una persona adulta sin vivienda/en riesgo inminente de quedar bajo la condición de persona sin vivienda Y padece una enfermedad mental o un trastorno concurrente por consumo de sustancias?  Sí  No

Nro. de Asistencia Médica, nro. de Área gris, o nro. de Medicare del/de la cliente/a:  Nro. del Seguro Social \_\_\_\_\_ Situación de vida actual:  
 Centro de acogida de emergencia  Vivienda de transición  
 Hospital  Hotel/Motel  Cárcel  
 Calle, parque, vehículo, estación de autobús, puente, etc.  Vive con familiares/amigos/as  
 Otra: \_\_\_\_\_ Código postal de la última residencia: \_\_\_\_\_

Personas sin vivienda crónicas (condición de persona sin vivienda durante un año o más, o al menos cuatro episodios de estar en condición de persona sin vivienda en los últimos tres años):  Sí  No  
 Condición de la vivienda:  Literalmente sin vivienda  Pérdida inminente de la vivienda  
 Veterano/a:  Sí  No Género:  Masculino  Femenino Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Discapacidad: Enfermedad mental  Concurrentes \_\_\_\_\_

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_

Agencia y dirección: \_\_\_\_\_

Documentación sobre la condición de persona sin vivienda recibida:

\_\_\_\_\_  Sí  No

\*La Autoridad de Salud Conductual de Somerset (SBHA, en inglés) mantendrá las solicitudes de expedientes.

**Solicitud:** (Marque todo lo que corresponda.) \_\_\_\_\_ Tarjeta de identificación del estado

Renovación del permiso de conducir

\_\_\_\_\_ Certificado de nacimiento Qué estado: \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DE LAS OFICINAS DE LA SBHA: Proveedor/a que realiza la solicitud: \_\_\_\_\_

La SBHA, que presenta la solicitud, ha verificado que no se trata de una solicitud de financiación duplicada para esta persona en los últimos 6 meses:  Sí  No \*Nota: Hay un máximo de 2 identificaciones o certificados de nacimiento.

PARA LA IDENTIFICACIÓN:

Beneficiario/a del cheque: \_\_\_\_\_  
IMPORTE: \_\_\_\_\_  
Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del/de la beneficiario/a: \_\_\_\_\_  
**Nro. de identificación fiscal:** \_\_\_\_\_  
Nro. de cuenta, si corresponde: \_\_\_\_\_

Para el certificado de nacimiento:

Beneficiario/a del cheque: \_\_\_\_\_  
IMPORTE: \_\_\_\_\_  
Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del/de la beneficiario/a: \_\_\_\_\_  
Nro. de **identificación fiscal:** \_\_\_\_\_ Nro.  
de cuenta, si corresponde: \_\_\_\_\_ Total

Importe aprobado por la SBHA: \_\_\_\_\_ Importe denegado por la SBHA \_\_\_\_  
Director/a de la SBHA o persona designada aprobada \_\_\_\_\_ Fecha \_  
\_\_\_\_\_ Funcionario/a fiscal de la SBHA \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación a la  
fecha \_\_\_\_\_

Revisado fecha 4/10/18

Identificación pagada: \_\_\_\_ Fecha de pago del certificado de  
nacimiento: \_\_\_\_\_ PROYECTO DE IDENTIFICACIÓN DE  
PERSONAS SIN VIVIENDA DE MARYLAND



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
Somerset County  
Health Department

## Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871  
443.523.1700 · Fax 410.651.5680 · Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias,  
enfermera registrada (MS, RN, por sus siglas en inglés)

### Autorización para la divulgación de información confidencial

Nombre del/de la cliente/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación del/de la paciente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Departamento de Salud del condado de Somerset a:  Obtener  Divulgar  
información a / de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La siguiente información de mis registros (especifique el alcance o la naturaleza de la información que  
desea obtener o divulgar):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El propósito de esta divulgación autorizada es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) de las Partes 160 y 164 del Título 45 del C.F.R. Esta normativa le prohíbe divulgar la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere o según se especifique en la normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente a tal efecto. Las normas federales pueden restringir cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado de acuerdo con dicho documento, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

**Condiciones para el intercambio de información autorizada**

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique a continuación por fecha o acontecimiento inferior a un año:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Evento o condición:

---

**DERECHO DE REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe. UTILICE EL ESPACIO A CONTINUACIÓN SOLO SI EL/LA CLIENTE/A RETIRA SU CONSENTIMIENTO.

Fecha de revocación de la autorización por parte del/de la cliente/a: \_/ \_/ \_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del/de la

cliente/a: \_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN POSTERIOR:** Se prohíbe a cualquier persona o agencia que reciba información sobre un/a cliente/a del Departamento de Salud del condado de Somerset divulgar el historial médico. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland 4-303(b)(5)(ii).

**FOTOCOPIA/FACSIMIL:** Un fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el original.

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del/de la cliente/a: \_\_\_\_\_