

ການຍົກເລີກການຍິນຍອມຂອງລູກຄ້າ HMIS

ຂ້າພະເຈົ້າຍົກເລີກການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບ _____ (ໜ່ວຍງານ) ໃນການມີ ຫຼື ການປ້ອນຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວຕົນສ່ວນບຸກຄົນກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ເດັກນ້ອຍທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຂ້າພະເຈົ້າ ເຊິ່ງມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ໃນລະບົບຂໍ້ມູນການຈັດການຄົນໄສ້ບ້ານຂອງເຂດປົກຄອງ Contra Costa (Contra Costa County Homeless Management Information System : HMIS).

ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ຕ້ອງຖືກນໍາອອກຈາກລະບົບ:

(ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອໃຫ້ນໍາອອກຈາກ HMIS)

- ຊື່ແທ້ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ທີ່ຢູ່ຖາວອນຄັ້ງຫຼ້າສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ຊາດຕິພັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ເຊື້ອຊາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ໝາຍເລກໃບອະນຸຍາດຂັບຂີ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ໝາຍເລກປະຫວັດທາງການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
- ເພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ຖ້າມີ: ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ຂອງເດັກນ້ອຍຕ້ອງຖືກນໍາອອກຈາກລະບົບ:

(ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອໃຫ້ນໍາອອກຈາກ HMIS)

ໃສ່ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ:

- ຊື່ແທ້ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ທີ່ຢູ່ຖາວອນຄັ້ງຫຼ້າສຸດຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ຊາດຕິພັນ/ເຊື້ອຊາດຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ເພດຂອງເດັກນ້ອຍ _____
- ໝາຍເລກປະຫວັດທາງການແພດຂອງເດັກນ້ອຍ _____

ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ແມ່ນຈະຍັງຄົງຢູ່ໃນລະບົບ:

ການສຶກສາ, ປິເກີດ, ໂຄງການ, ຄໍາຕອບເຂົ້າ/ອອກ, ຂໍ້ມູນອື່ນໆໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຄືເກົ່າຈາກໜ່ວຍງານນີ້ ບໍ່ວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຂົາປ້ອນຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວຕົນສ່ວນບຸກຄົນກ່ຽວກັບຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ HMIS ຫຼື ບໍ່.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ (ຫຼື ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ) _____ ວັນທີ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບລູກຄ້າ _____

ຊື່ແຈ້ງຂອງລູກຄ້າ (ພິມຢ່າງຈະແຈ້ງ) _____

ລາຍເຊັນພະຍານຝ່າຍໜ່ວຍງານ _____ ວັນທີ _____

ຊື່ແຈ້ງຂອງພະນັກງານຈາກໜ່ວຍງານ (ພິມຢ່າງຈະແຈ້ງ) _____

ສໍາລັບພະນັກງານຂອງໜ່ວຍງານເທົ່ານັ້ນ: ກະລຸນາໃສ່ ID ເອກະລັກຂອງລູກຄ້າ HMIS ຫຼັງຈາກທີ່ລູກຄ້າຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂົງເຂດຂ້າງເທິງທັງໝົດ ແລະ ລົງລາຍເຊັນ. ຫຼັງຈາກສໍາເລັດ, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມສະບັບນີ້ຜ່ານອີເມວຢ່າງປອດໄພຫາ H3REDteam@cchealth.org. ID ເອກະລັກຂອງລູກຄ້າ HMIS